

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

97

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 décembre 1898, à 1 heure

Par GASTON MARCOU

Né à Oran (Algérie) le 23 février 1872.

Ancien interne des hôpitaux d'Alger.

LEUCOMÉLANODERMIE

SYPHILITIQUE

(Lèpre Kabyle)

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. TILLAUX, professeur.
GAUCHER et DELBET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

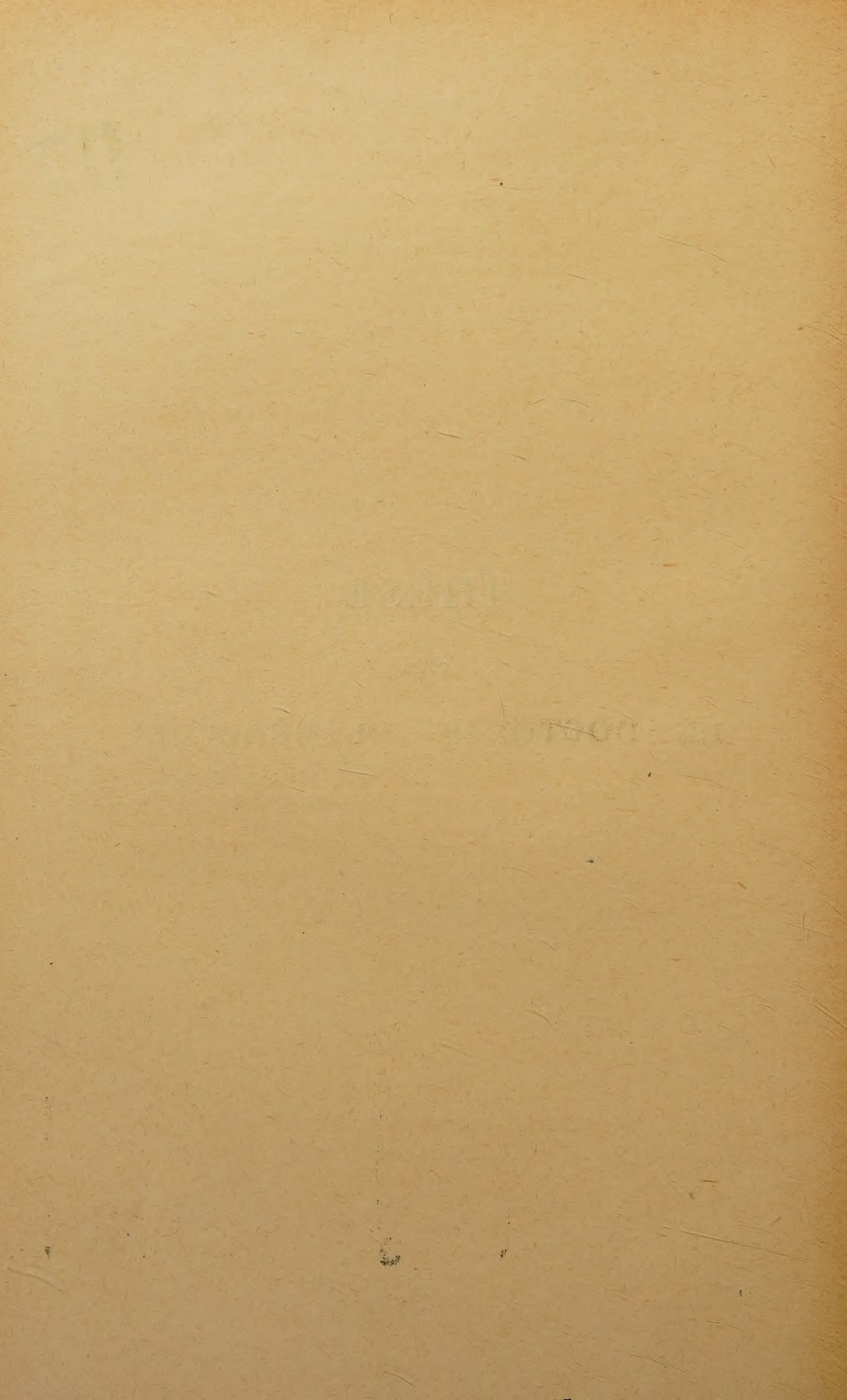
1898

97

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 décembre 1898, à 1 heure

Par GASTON MARCOU

Né à Oran (Algérie) le 23 février 1872.

Ancien interne des hôpitaux d'Alger.

LEUCOMÉLANODERMIE

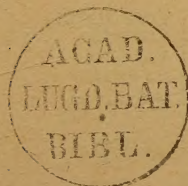
SYPHILITIQUE

(Lèpre Kabyle)

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges { MM. TILLAUX, professeur.
(AUCHER et DELBET, agrégés.)

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

	Doyen.	Professeurs	M. BOURDELLE.
			MM.
Anatomie.	.	.	FARABEUF.
Physiologie	.	.	Ce. RICHET.
Physique médicale.	.	.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	.	.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	.	.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	.	.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	.	.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	.	.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	.	.	LANNELONGUE.
Histologie.	.	.	CORNIL.
Opérations et appareils.	.	.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	.	.	TERRIER.
Thérapeutique	.	.	POUCHET.
Hygiène	.	.	LANDOUZY.
Médecine légale.	.	.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	.	.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	.	.	LABOULBENE.
			CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	.	.	POTAIN.
			JACCOUD.
			HAYEM.
Maladie des enfants.	.	.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	.	.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	.	.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	.	.	
			JOFFROY.
Clinique chirurgicale.	.	.	RAYMOND.
			DUPLAY.
			LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	.	.	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires.	.	.	BERGER.
Clinique d'accouchements.	.	.	PANAS.
			GUYON.
			PINARD.
			BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VANNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALT ER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1778, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE
PAUL VICO

Publiciste

A MA MÈRE

A MA COUSINE

MADemoiselle JULIETTE BARAT

Professeur au Conservatoire National

AUX MIENS, A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE D'ALGER
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

LEUCOMÉLANODERMIE

SYPHILITIQUE

(Lèpre Kabyle)

AVANT-PROPOS

M. le professeur Gémy, d'Alger, nous a inspiré cette thèse ; notre reconnaissance nous fait un devoir de mettre son nom en tête de notre travail inaugural.

C'est dans le service de ce maître, aux savantes leçons duquel nous devons nos premières notions de dermatologie et de syphiligraphie, que nous avons rassemblé les premiers matériaux de notre ouvrage. C'est sous sa direction, guidé par ses conseils aussi bienveillants que précieux, toujours soutenu par ses puissants encouragements que nous avons entrepris notre tâche et espéré pouvoir la mener à bonne fin. Nous ne dirons jamais assez combien nous sommes reconnaissant envers ce maître si unanimement affectionné de tous ses élèves algériens.

M. le professeur Fournier nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Par le bienveillant accueil qu'il nous a fait, par l'intérêt qu'il nous a témoigné et le précieux concours qu'il nous a prêté, notre savant maître de Paris nous a considérablement aidé dans l'accomplissement de cet ouvrage qui, nous sommes fier de le dire, est imbu de ses doctrines et reflète son enseignement.

Que de fois n'avons-nous pas eu recours à ses remarquables travaux auxquels nous avons fait de si larges emprunts !

Qu'il veuille bien agréer ici avec nos plus vifs remerciements, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Et puisque nous en sommes aux dettes de reconnaissance, avant d'aller plus loin dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'en acquitter de nombreuses que nous avons contractées envers nos maîtres de l'Ecole d'Alger et de la Faculté de médecine de Paris : c'est pour nous un devoir aussi doux qu'impérieux.

Nous adressons à la mémoire du professeur Gros, le savant et regretté maître qui conduisit avec tant de bonté nos premiers pas en clinique médicale, notre inoubliable souvenir. A son nom nous associerons ceux de MM. les professeurs Caussanel et Sézary.

Que MM. Gémy, Cochez, Moreau et Bruch dans les services desquels nous avons eu l'honneur d'être interne, veuillent bien agréer ici nos sentiments bien reconnaissants pour tous les conseils de maîtres et d'amis qu'ils nous ont prodigués avec tant de dévouement et de bien-

veillance, pendant tout le cours de nos études médicales.

A tous nos grands maîtres de Paris nous offrons l'hommage de notre respect et de notre admiration. Que MM. Segond et Lejars, professeurs agrégés à la Faculté, nous permettent, particulièrement, de leur exprimer ici tous nos sentiments de gratitude et de respectueuse sympathie.

Notre ami, M. le Dr Murat, d'Alger, nous a aidé dans nos recherches micrographiques ; M. le Dr Raynaud a bien voulu nous communiquer quelques notes intéressantes résultant de ses observations personnelles au cours de diverses missions en Kabylie et dans l'Aurès ; nous les en remercions bien sincèrement.

Enfin, merci aussi, d'une façon toute personnelle au grand ami qu'est pour nous et pour notre famille, M. le Dr Alès, dont la pratique en Algérie est déjà longue et féconde et qui, en se donnant la peine de lire notre travail, a bien voulu nous formuler quelques conseils et nous suggérer quelques idées que nous avons accueillies avec tout l'empressement qu'elles méritaient.

GASTON MARCOU.

Paris, novembre 1898.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, au cours de notre stage et de notre internat dans le service de la clinique dermato-syphiligraphique d'Alger, d'observer quelques sujets présentant des lésions pigmentaires de la peau survenues à l'occasion ou sous l'influence manifeste d'une syphilis héréditaire, acquise, quelquefois même ignorée.

Ces lésions, M. le Professeur Fournier les a magistralement étudiées et décrites sous le nom de *Leucomélano-dermie syphilitique*. Dans son beau livre sur les affections parasymphilitiques, le savant professeur rappelle la communication qu'il en fit, au chapitre de la syphilide pigmentaire, à propos des leucomélanodermies spécifiques.

Rassembler les connaissances que l'on possède sur un sujet un peu spécial il est vrai, mais particulièrement intéressant; réunir les observations que nous avons pu recueillir ou prendre nous-mêmes; les étudier et en tirer quelques données utiles: voilà en un mot l'objet de notre travail.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir apporté quelque chose de nouveau dans l'histoire jeune encore d'une affection relativement rare et peut-être appelée à disparaître

ou du moins à s'atténuer parallèlement avec la cause dont elle relève, la syphilis.

Nos intentions sont plus modestes et nous nous sommes contentés d'essayer de grouper sous la forme d'un tout homogène et aussi complet que possible, les éléments que nous avons trouvés épars autour de nous.

L'affection qui nous occupe est rare en Europe et les deux cas signalés par le professeur Fournier sont exceptionnels. Mais en Algérie, où les manifestations cutanées de la syphilis indigène sont si nombreuses et si variées, elle se rencontre encore assez fréquemment, surtout depuis que l'attention des observateurs a été attirée sur elle par les cas précédemment cités. Longtemps, en effet, cette *leucomélanodermie* a passé inaperçue, confondue qu'elle était avec une foule d'autres affections susceptibles de la simuler, et que nous aurons soin de signaler chemin faisant.

Frappé comme tous les observateurs du pays, de la gravité exceptionnelle de la syphilis cutanée chez les indigènes, nous avons eu d'abord la pensée de traiter tout au long cette question dans un chapitre que nous aurions volontiers intitulé : *Manifestations cutanées de la syphilis indigène algérienne*. Ce travail, sur lequel nous avons l'intention de revenir plus tard, nous aurait entraîné hors des limites ordinaires d'une thèse ; d'ailleurs, pressé par le temps, nous avons dû nous borner à celui-ci.

Il n'en est qu'une partie, mais non la moins intéressante. Nous avons commencé par donner un aperçu historique de la question depuis ses origines, c'est-à-dire depuis la conquête de l'Algérie, époque à laquelle com-

mence à s'évanouir le *chaos médical* dans ce pays jusqu'à nos jours. Puis, abordant immédiatement l'étude clinique nous reproduisons les observations que nous avons pu recueillir ou qui nous sont personnelles; une description d'ensemble rapide suivra. Nous passons ensuite à l'étude du diagnostic différentiel, de l'anatomie et de l'histologie pathologiques. Enfin nous terminons par quelques considérations générales sur le traitement spécifique, en particulier chez les indigènes de Algérie.

En résumé notre thèse est divisée de la manière suivante, en huit chapitres :

I. — Historique.

II. — Observations.

III. — Etiologie et nature. — Description. — Evolution et Terminaison.

IV. — Diagnostic.

V. — Anatomie et histologie pathologiques. — Pathogénie.

VI. — Considérations générales sur le pronostic et le traitement.

VII. — Conclusion.

VIII. — Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Cette *leucomélanodermie* a été observée et décrite il y a longtemps par les médecins militaires qui, au temps de la conquête de la Kabylie, ont exercé dans cette région. Mais disons tout de suite qu'elle a été généralement confondue avec la lèpre indigène vraie.

Dès 1842, Gaudineau, Deleau, Ferrus, Laveran, dans le *Recueil des mémoires de médecine et chirurgie militaires*, signalent cette affection ; ils en soupçonnent la nature spécifique en se basant principalement sur la fréquence de la syphilis chez les indigènes de l'Algérie. Leurs descriptions sont incomplètes sur le sujet qui nous occupe ; elles visent bien moins le produit de la lésion, le déchet, la leucomélanodermie telle que nous l'entendons, que les ulcérations plus ou moins vastes qui la devancent et la préparent.

En 1855, E. L. Bertherand, qui a eu l'occasion d'en observer de nombreux cas en Kabylie, en parle dans son livre si intéressant sur la *Médecine et l'hygiène des arabes*, pages 424 et suivantes.

« La *lèpre*, dit-il, paraît assez fréquente en Algérie
« chez les Kabyles. M. Guyon en a vu un cas à Bougie,
« chez un Kabyle des environs de Sétif et a constaté l'hé-
« rédité de cette affection. La lèpre tuberculeuse s'ob-
« serve quelquefois à Philippeville. M. le Dr Gaudineau
« a rencontré un cas de lèpre des Juifs (tâches cutanées
« blanchâtres, écailleuses), chez un chamelier venant du
« désert. Deux Kabyles lèpreux ont été traités à Cons-
« tantine par M. Deleau. Les arabes prétendent que les
« cure-dents en bois de *habbag* (basilic) ou de *sadjar* et
« *roummane* (grenadier) ou bien en tige de *qmahh* (blé),
« de *chaïr* (orge) d'*halfa* (*arundo epigeios*), occasionnent
« des prurits et parfois la *lèpre blanche*. Un *toubihe*
« (médecin) du Sahara m'a dit que le *Khenazir* (scrofule)
« ne lui semblait pas étranger à l'apparition de la lèpre.
« Les indigènes distinguent deux variétés dans cette
« maladie: la *ghénamia* (lèpre de mouton) et la *beugria*
« (lèpre de vache). Ce sont sans doute les diversités
« dans la coloration qui motivent ces dénominations, etc. »

Sont-ce bien là des cas de lèpre ? très probablement non ; l'auteur attribue à la lèpre une fréquence qu'elle n'a pas en réalité chez les indigènes algériens. Dans une publication récente MM. Gémy et Raynaud, démontrent que les foyers, rares d'ailleurs, sont d'importation étrangère.

Les cas signalés par Bertherand tiennent probablement du vitiligo, de l'albinisme, de la scrofule et surtout de la syphilis. L'auteur n'hésite pas à mettre sur le compte de la lèpre l'ensemble de toutes ces formes mutilantes et indélébiles d'une syphilis grave.

En 1862, le Dr Vincent, médecin-major de 1^{re} classe à l'Hôpital militaire du Dey, dans un mémoire lu à la Société de Médecine d'Alger et publié dans son *Bulletin*, y fait allusion. Nous nous plaçons à faire revivre, avec lui, ce tableau saisissant de la syphilis du Moyen-Age, à propos duquel il fait une remarquable comparaison avec cette lèpre kabyle :

« L'an 1494 Charles VIII, roi de France, ayant envahi le royaume de Naples, sous le pontificat d'Alexandre VI, il s'éleva en Italie une maladie monstrueuse, inconnue à tous les siècles précédents et à toutes les régions du globe. Cette maladie défigurait d'une manière hideuse les hommes et les femmes, couvrant d'innombrables pustules et d'ulcères le visage et tout le corps, donnant lieu à des douleurs nocturnes cruelles, avec formation de nodosités aussi dures que des pierres sur les membres et au voisinage des articulations, en sorte que beaucoup de gens étaient réduits à un état d'impotence et de souffrance tel que la mort eût été préférable. Le mal se propageait par contagion n'épargnant ni le sexe ni l'âge, ni le rang, ni pays quelconque. »

Qui ne reconnaîtrait déjà dans ce tableau de la syphilis du xv^e siècle, tracé en 1505 par Jacques de Catané, la syphilis des Kabyles, plus monstrueuse encore que sa hideuse devancière, la scrofule. Certes, l'étude clinique de la scrofule indigène révèle déjà dans cette race d'hommes un mal physique bien grave ; mais qu'est-ce que la scrofule à côté de la syphilis telle qu'on l'a observée chez les montagnards du Djurdjura ! Pour le Dr Vincent, la syphilis des Kabyles ou plutôt, par une généralisation bien

fondée, la syphilis des indigènes de l'Afrique est identique dans une de ses grandes manifestations avec la lèpre du moyen-âge et probablement avec l'éléphantiasis des Grecs si naturellement confondu avec cette dernière par plusieurs auteurs. Il n'y a plus lieu d'insister autrement sur une confusion que la découverte du bacille de Hansen a fait cesser aujourd'hui.

A la même époque, le Dr J. Arnould, professeur agrégé du Val-de-Grâce, alors aide-major de l'hôpital de Dellys, entreprit l'étude d'une des formes les plus générales de cette horrible maladie, la forme cutanée qu'il désigne sous le nom de *lèpre Kabyle* et qu'il commença à exposer avec un talent descriptif fort remarquable dans un mémoire publié en 1862 (1). Ce travail est la première partie d'un ouvrage plus étendu sur la dermatologie africaine. Il a pour base principale des observations faites par l'auteur pendant qu'il était chargé du service médical du bureau arabe installé à Dellys, chef-lieu des cercles situés sur la côte algérienne et à peu près aux confins du pays arabe et de la Kabylie. M. Arnould s'est servi en outre de communications diverses qui lui ont été données par ses collègues de l'intérieur.

L'affection que l'auteur appelle provisoirement et en l'absence d'un autre nom *lèpre Kabyle* est une de celles que l'on observe le plus souvent à l'hôpital de Dellys, et elle a surtout fixé l'attention de M. Arnould, parcequ'elle lui a paru se rattacher sinon avec une certitude absolue,

1. J. Arnould. *La lèpre Kabyle*, brochure in-8°, chez Rozier, Paris, 1862.

au moins avec une grande probabilité, à une origine syphilitique. Ce serait une de ces manifestations tardives, éloignées de la syphilis dont le Moyen-âge nous a laissé le souvenir et que l'on n'a plus guère l'occasion aujourd'hui d'observer dans les pays civilisés : « En France, dit « l'auteur, les accidents très éloignés de la syphilis ne « sont pas chose fort commune, grâce à la médecine, « mise depuis longtemps à la portée de tout le monde. « Harcelée dans chaque génération, la vérole n'a plus « guère d'action sur celles qui suivent. Ne serait-ce donc « qu'à titre de pièce curieuse et pour conserver la mémoire d'un fait que nous cherchons à supprimer en « Europe, le produit de la syphilis, distillé en quelque « sorte à travers les générations, mérite d'être étudié. ».

En résumé, pour le Dr Arnould, cette maladie, propre à la Kabylie, est liée par des rapports plus ou moins intimes avec la syphilis dans le plus grand nombre de cas ; elle en serait indépendante dans d'autres et de plus n'aurait aucune analogie avec la scrofule. Ce serait une maladie spéciale, à laquelle il conviendrait de donner un nom spécial, celui de *lèpre Kabyle*.

A peu près à la même époque, le Docteur Weil avait eu, lui aussi l'occasion d'observer dans le Djurdjura ces manifestations cutanées de la syphilis indigène dans ses formes mutilantes et ses reliquats achromiques et hyperchromiques. Comme les autres observateurs de l'époque, il en a publié plusieurs exemples. Nous reproduisons plus loin (observation I) un de ces cas que nous avons pu recueillir. Cette observation, qui expose simplement et

avec la plus grande exactitude l'état de cette femme kabyle, peut aussi donner une idée de la syphilis du Djurdjura dans un des cas où elle est le plus accusée. Aussi peut-on déjà voir que le mal kabyle ne diffère en quelque sorte que par un excès de gravité du mal napolitain que les médecins italiens des xv^e et xvi^e siècles ont pompeusement décoré du nom de mal français.

Enfin Leclerc (1), Rebatel et Tirant (2), A. Bernard (3), Letourneur et Hanoteau (4), dans différentes publications, apportent aussi leur contingent d'études sur la question.

D'une façon générale on voit que ces premières études des médecins militaires sur l'affection qui nous occupe ont principalement et presque exclusivement porté sur un ensemble de lésions primordiales. Les altérations pigmentaires, quoique mentionnées ont été laissées dans l'ombre et cela pour bien des raisons : « Les musulmans viennent peu dans les hôpitaux où leurs dermatoses pourraient être étudiées, et quant à ceux qui habitent loin des grandes villes, ils demandent rarement les conseils des médecins lesquels, n'étant pas toujours très versés en dermatologie, laissent échapper des cas cliniques fort intéressants. Les publications des premiers médecins militaires qui ont exercé en Algérie, datent d'une époque où le chaos le

1. L. Leclerc. *Mission médicale en Kabylie*. (*Gazette médicale de l'Algérie*, 1863-1864).

2. Rebatel et Tirant. *Lyon médical*, 1874.

3. A. Bernard. *Gazette médicale de l'Algérie*, 1875.

4. Letourneur et Hanoteau. *La Kabylie*, 1876-1880.

plus absolu régnait dans cette science de la pathologie cutanée; aussi faut-il reprendre une à une les affections qui ont été décrites et ne les classer qu'après l'analyse la plus minutieuse et souvent après la décision du microscope (Raynaud).

Si l'on ajoute à toutes ces difficultés des études médicales chez les indigènes, le manque d'hôpitaux, l'insuffisance des moyens d'investigation et d'observation, la rareté des consultants, leur ignorance profonde, leur superstition, etc., on voit combien ont dû être pénibles, difficiles et par conséquent souvent insuffisantes ces premières recherches de nos devanciers.

Elles ont cependant été, pour les observateurs d'aujourd'hui, d'un précieux secours: c'est pourquoi nous avons voulu faire revivre leur histoire.

De nos jours, l'attention a été plus particulièrement attirée sur ces troubles curieux de la pigmentation cutanée. Il était intéressant qu'on les décrivit à part. Dans la séance du 8 juin 1893, de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, M. le professeur Fournier relatait l'histoire de deux malades, avec présentation de l'une d'elles, atteintes « au siège et au pourtour de syphili-
« lides, d'une série de troubles curieux de la pigmenta-
« tion cutanée. Ces troubles consistent à la fois et simul-
« tanément en une hyperchromie et une hypochromie qui
« se produisent non pas seulement sur l'aire même des
« syphilides et à leur suite, mais en dehors et dans une
« étendue souvent assez considérable, par exemple sur
« tout ou partie d'une région telle que le cou, la région
« scapulaire, la région dorsale. En sorte que côte à côte

« et au voisinage les unes des autres, on observe des por-
« tions de peau décolorées, vitiligineuses, hypochromiées,
« et d'autres grisâtres, pigmentées, bistrées, plus ou moins
« hyperchromiées. La proportion est loin d'être toujours
« égale ou à peu près égale entre les unes et les autres.
« Quelquefois l'hypochromie est prépondérante et frappe
« l'œil presque seule, on a alors ce qu'on a appelé la leu-
« codermie syphilitique. D'autres fois, inversement, la
« pigmentation est prédominante et attire surtout ou
« presque exclusivement l'attention ; on a alors affaire à
« la mélanodermie syphilitique dont l'affection, dite *syphi-*
« *lide pigmentaire* du cou n'est qu'une variété, mais à
« vrai dire une variété toute particulière par sa circons-
« cription usuelle et sa modalité éruptive en réseau, en
« dentelle. Mais d'autres fois aussi il y a une associa-
« tion à peu près égale entre les deux troubles opposés
« de pigmentation en sorte qu'il est impossible de subor-
« donner l'un à l'autre, en sorte qu'on est également forcé
« de tenir compte de l'un et de l'autre. C'est à ce dernier
« ordre de cas que me semblerait applicable la dénominati-
« on de *leucomélanodermie syphilitique*. Deux femmes
« que nous avons dans le service de la clinique, actuel-
« lement, sont des exemples de ces curieuses altérations
« de la fonction chromatogène de la peau sous l'influence
« de la syphilis. Toutes deux ont été affectées sur le cou
« et le dos de syphilides papulo-tuberculeuses circonscrites
« d'une étendue assez considérable ».

Ces deux exemples de M. le Professeur Fournier, avec celui du Dr Weill, publié en 1862, ouvrent la série de nos observations.

Enfin, dans la séance annuelle de la Société française de Dermatologie, tenue à Lyon les 2, 3 et 4 août 1894, M. le Professeur Gémy communiquait trois nouveaux cas semblables observés par lui dans le service de la clinique dermato syphiligraphique d'Alger. On trouvera, reproduits plus loin, au chapitre des observations, ces cas bien intéressants que notre maître a bien voulu nous donner en communication.

Depuis, plusieurs autres observateurs ont eu l'occasion de rencontrer, d'observer et de décrire cette affection dans différents endroits. C'est ainsi que MM. les docteurs Rey, au dispensaire d'Alger, Legrain à Bougie, Raynaud en Kabylie et dans l'Aurès en ont rapporté quelques exemples. Nous même, enfin, à l'hôpital de Mustapha, à l'hôpital militaire du Dey, avons pu étudier de près toutes ces lésions, assister à leur naissance, les suivre dans leur évolution, à leurs différents stades, jusqu'à leur constitution définitive sous forme de *leucomélanodermie*.

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I (Docteur Weil, 1862).

Fathma ben Selmien, des Beni-Tour, âgée de 35 ans, célibataire, entra à l'hôpital militaire de Dellys, le 18 avril 1861. D'une constitution chétive et délabrée, au teint jaune et cachectique, la malade raconte qu'il y a 8 ans environ, elle a commencé par éprouver des douleurs dans la continuité des os et dans les articulations ; ces douleurs étaient plus fortes la nuit que le jour. Bientôt après une ulcération se produisit sur la peau du coude gauche ; elle en guérit par des médicaments à l'usage des Kabyïes. La cicatrice à peine formée en ce point, la même affection se montra sur l'épaule gauche, sur le dos et sur la face ; elle fut très intense du côté droit de la face et y détermina l'occlusion de l'œil par l'adhérence des paupières à la suite d'une ulcération végétante. La malade dit n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques primitifs ; elle ajoute que ses parents n'ont eu, pour leur part, aucune maladie suspecte. La malade, à son en-

trée à l'hôpital, est dans une situation déplorable ; l'état général est très mauvais. Elle est très faible, émaciée ; elle a un teint éminemment cachectique.

La peau, en diverses parties du corps, offre de vastes surfaces ulcérées, à contours irrégulièrement circulaires et chargés de croûtes ; elle est détruite à divers degrés par l'ulcération. En d'autres points existent de nombreuses cicatrices anciennes, irrégulières, les unes *plus blanches*, les autres *plus colorées* que l'enveloppe tégumentaire. Ainsi toute la surface cutanée du front et du côté droit du visage est entamée.... La peau de la tempe, de la joue gauche et celle du cou sont le siège de cicatrices anciennes achromiques et hyperchromiques. La peau des régions deltoïdiennes et du dos jusqu'aux lombes, présente de vastes ulcérations. Au coude droit l'on trouve une autre cicatrice.

OBSERVATION II (1) (Professeur Fournier).

Leucodermie syphilitique.

Notre première malade a été affectée d'une syphilide papulo-tuberculeuse, de forme circonscrite, occupant les régions suivantes : front, régions parotidiennes et maxillaires, nuque et partie supérieure du dos. Aujourd'hui cette syphilide est effacée presque complètement. Mais presque toute la région de la face reste le siège d'un véritable vitiligo très fortement accentué ; les téguments y sont absolument décolorés, pâles, d'un blanc mat, presque laiteux. Les régions périauculaires, la nuque et toute la

partie supérieure du dos sont devenues également vitiligineuses. Et d'autre part, sur les confins de tous ces districts décolorés, s'est constituée une zone de téguments de teinte assombrie, grisâtre plus ou moins fortement pigmentée. De sorte qu'au total, la syphilide est devenue l'occasion d'une sorte de leucomélanodermie dans laquelle, à vrai dire, la leucodermie forme la note largement prédominante. Un autre placard vitiligineux s'observe encore sur l'un des avant-bras de la malade. Il paraît avoir succédé là aussi, à un placard de syphilide, qui avait déjà disparu lors de l'entrée de la malade dans nos salles.

OBSERVATION III (1) (Professeur Fournier).

Mélanodermie syphilitique.

La seconde malade que j'ai l'honneur de vous présenter est affectée d'une syphilide exactement semblable à celle de la première, mais limitée à la nuque et à la partie supérieure du dos. Or sur elle aussi, vous voyez une vaste nappe pigmentaire qui s'est constituée au voisinage de l'éruption, mais surtout au-dessous et latéralement.

Cette nappe se prolonge dans une étendue considérable bien au-delà des limites de l'éruption jusqu'à dix, quinze et vingt

1. Recueillies in. *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, page 740. et *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, Séance du 8 juin 1893. C. f. historique page 19

centimètres au-delà. Elle offre une teinte grisâtre, gris-noirâtre même en quelques points. En dehors d'elle existent de nombreux îlots soit isolés soit agminés qui figurent des sortes d'archipels pigmentaires. Au sein de ces taches pigmentaires apparaissent çà et là quelques taches blanchâtres, d'une étendue variable entre le diamètre d'une lentille et celui d'une pièce de vingt centimes. Ces taches blanches tranchent par leur teinte sur le fond grisâtre des téguments voisins ; sont-elles vitiligineuses, ou bien n'empruntent-elles cette apparence qu'à un effet de contraste, d'opposition de couleur ? Il est vraiment difficile de se prononcer.

En tous cas, ce qui prédomine ici c'est la pigmentation, la mélanodermie. Vous remarquez que cette mélanodermie dépasse de beaucoup la nappe éruptive latéralement et inférieurement. Elle descend très bas dans le dos et se prolonge sur les côtés du thorax

Il semble donc qu'il s'est produit là deux lésions distinctes :

1° Une syphilide papulo-tuberculeuse circonscrite sur la nuque et la partie supérieure du dos ;

2° Une syphilide pigmentaire (si tant est qu'on puisse donner ce nom à la lésion) sur les parties moyenne et latérale du dos. Cette mélanodermie ne fait pas qu'encadrer la syphilide papulo-tuberculeuse ; elle en déborde largement la zone périphérique et s'étale loin d'elle à une distance vraiment considérable. Je crois bien cependant qu'elle s'est produite à son propos et n'en constitue qu'un phénomène symptomatique, deutéropathique.

OBSERVATION IV (1)

Syphilides gaufrées, hyperchromiques de la joue et de la paupière inférieure gauches, de toute la partie gauche du nez et du dos ; achromiques de la jambe et du creux poplité gauches. Type d'asymétrie locale.

Mamar-Ben-Salem, 29 ans, cocher, entre salle Ricord, lit n° 29, le 25 septembre 1892. Type nègre. Pas d'antécédents morbides sérieux. Comme antécédents vénériens, blennorrhagie à 21 ans, un chancre syphilitique de la partie supérieure du fourreau en avril 1889 contracté à Alger et pour lequel il n'a suivi aucun traitement ioduré ni mercuriel.

Peu de temps après la guérison spontanée du chancre aurait apparu à la face postérieure de la jambe gauche une lésion cutanée dont on voit encore la trace actuellement. Puis sur le tronc, en arrière, et à la face sous la paupière gauche se sont développés des boutons qui se sont ulcérés. Voilà ce que raconte le malade.

Actuellement nous constatons une syphilide tuberculeuse en nappe de la paupière inférieure gauche, du dos et de la jambe gauche.

A la face on constate une cicatrice très gaufrée, formée par des surfaces légèrement surélevées et des sillons plus pigmentés qui donnent à la région un aspect noirâtre qui tranche sur le reste de la peau normalement noire. Cette nappe cicatricielle

1. Recueillie dans le service du professeur Gémy.

occupe la partie dorsale et interne de la moitié gauche supérieure du nez, toute la paupière et une grande portion de la joue, dessinant un arc de cercle qui remonte vers l'angle externe de l'œil. Sur le nez on distingue encore quelques ulcérations non croûteuses, gaufrées, très pigmentées qui sont en voie de cicatrisation. Pas de douleur, pas de démangeaisons ; la peau est souple à la pression mais donne encore la sensation de tubercules disséminés dans son épaisseur. A la jambe gauche, au mollet, une petite cicatrice étoilée, de la dimension d'une pièce de un franc, dont le centre est blanc nacré, apigmenté tandis que les bords, légèrement gaufrés, ont une pigmentation moindre que celle de la peau avoisinante avec laquelle ils se confondent.

Au creux poplité, une autre cicatrice plus irrégulière, allongée dans le sens du membre, dont le centre aussi est achrome et les bords moins pigmentés, présentant de légères ondulations en formes de gaufres. La peau est souple, bien qu'un peu infiltrée en certains points.

Ces deux cicatrices datent d'un an.

A la région lombaire et à la partie supérieure du sillon interfessier, cicatrices noires, pigmentées, souples, à bords nettement tranchés, à forme géométrique circulaire. Le centre et les bords surtout présentent des sillons qui rappellent un peu ceux de la cicatrice de la face. Cette lésion, ulcérée à l'entrée du malade, a guéri en cinq ou six jours dans le service sous l'action remarquable du traitement mixte :

Frictions à la pommade mercurielle ;

Iodure de potassium ;

Emplâtre de Vigo sur les surfaces ulcérées.

OBSERVATION V (1).

Syphilide tuberculeuse en nappe, à forme serpigineuse, en activité sur un terrain scrofuleux, à reliquats leuco-métanodermiques.

Mohamed ben Saïd, âgé de 25 ans environ, né à Bordj-Menaïel (Kabylie), habitant Blidah depuis son enfance chez son oncle paternel, entre à la Clinique dermato-syphilitique le 4 septembre 1893.

Comme antécédents héréditaires, son père serait vivant et en bonne santé ; sa mère morte depuis longtemps d'affection inconnue ; son frère, plus jeune que lui, bien portant. Mais ces renseignements comme ceux d'ailleurs qui suivront sur ses antécédents personnels, doivent être considérés comme sans valeur, car il est impossible d'obtenir d'un indigène des renseignements précis.

Comme antécédents personnels il n'a jamais été malade et les premières manifestations de l'affection dont il est atteint actuellement remonteraient à 8 mois environ. Elles auraient débuté par la tête et se seraient ensuite montrées sur diverses régions que nous allons examiner.

Ce malade est profondément débilité et présente les attributs du tempérament scrofuleux. Ajoutons, pour être complet, qu'il ne présente aucune des lésions de la triade d'Hutchinson

1. Recueillie dans le service du professeur Gémv.

et que les ganglions sont généralement envahis aux aînes et à la région cervicale.

1° A la tête, les lésions occupent le synceiput sur lequel elles forment comme une couronne circonscrivant une tonsure. Chacun des éléments est composé d'une masse croûteuse, de la dimension d'une noisette, emprisonnant les cheveux qui les traversent perpendiculairement. Ces cheveux sont châtain foncé, fins et paraissent sains. Ces croûtes sont formées par un exsudat produit par une ulcération de nature évidemment tuberculeuse ; cette couronne a environ 0 m. 10 de diamètre.

Un deuxième placard de moitié plus petit est à cheval sur les deux pariétaux et formé par les mêmes éléments.

2° A la partie antérieure du thorax, à cheval sur la clavicule gauche, un placard tuberculeux de la dimension de la paume de la main et formé par une nappe tuberculeuse, le centre est en voie de cicatrisation ; la périphérie, en pleine activité est formée de tubercules ulcérés.

3° En arrière et entre le scapulum droit et la colonne vertébrale, un placard absolument semblable.

4° Enfin un grand placard de 0 m. 30 de diamètre environ, toujours formé des mêmes éléments, à marche serpigineuse à la périphérie, occupe toute la fesse gauche.

Le tibia gauche présente une hyperostose à sa partie moyenne, qui donne à la jambe la forme de lame de sabre que l'on rencontre dans la syphilis héréditaire. Le cubitus gauche présente les mêmes lésions. A gauche, sur la fesse gauche et aux environs de l'anüs un petit placard formé des mêmes éléments.

Enfin, sur les quatre membres on rencontre des groupes d'anciennes cicatrices provenant de lésions semblables.

Le diagnostic de syphilides tuberculo-gommeuses en nappe à

forme serpigineuse, héréditaire, est porté par le Professeur Gémy.

Le malade est soumis au traitement mixte suivant :

Frictions mercurielles.

Iodure de potassium 6 grammes par jour.

Emplâtre de Vigo sur les surfaces ulcérées. Sort guéri le 4 décembre 1893, c'est-à-dire un mois après son entrée, avec les cicatrices vitiligineuses ordinaires absolument semblables à celles que nous aurons l'occasion de décrire dans le cours de ces observations.

OBSERVATION VI (Professeur Gémy).

Syphilides gommeuses en nappe, avec cicatrices épaisses d'abord, souples ensuite, blanchâtres enfin, indiquant le processus intermédiaire entre l'observation précédente et les cicatrices scrofuleuses.

Le Kabyle qui fait le sujet de cette observation, Amar ben Rabah, a trente ans, journalier, d'un tempérament strumeux fortement accusé, il est né à Tizi-Ouzou.

A son entrée à la clinique le 18 janvier 1894, une vaste ulcération occupe tout l'avant-bras droit, empiétant sur la partie inférieure et antérieure du bras. Cette ulcération, assez irrégulière, est bordée d'un tissu cicatriciel assez épais formant bourrelet. Autour de celui-ci se trouvent des cicatrices blanchâtres, souples, ayant la même consistance que la peau saine environnante, et ne présentant, comme caractère de cicatrice, qu'une

dépigmentation (achromie) absolument semblable à celle des cicatrices de l'observation suivante.

D'autres cicatrices de même aspect et coloration, souples aussi, occupent toute la région comprise entre l'angle inférieur de l'omoplate droite et le sillon fessier. Quelques-unes de ces plaques présentent la coloration rosée qui précède toujours la décoloration absolue. Si ce malade avait eu la même peau presque noirâtre du suivant il présenterait le même caractère de vitiligo.

Le traitement a consisté en injections de calomel selon la formule de M. Lavallée, c'est-à-dire 0 g. 05 centigrammes de calomel par injection, faites aux dates suivantes : 20 et 23 janvier, 1^{er} 13 et 28 février; 10 mars. En même temps iodure de potassium à dose variant de 3 à 10 grammes. Vigo sur les surfaces ulcérées.

Le 22 mars biopsie : on enlève au malade une portion de peau sur une cicatrice avec pigment et taches rosées, à 0 m. 08 au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate droite; une autre portion au niveau d'un placard rosé formant îlot sur une cicatrice dépigmentée du bras. On trouvera au chapitre de l'histologie la description de l'examen de ces pièces.

Le 20 juin la plaie du bras est presque complètement cicatrisée, présentant naturellement les mêmes nuances que les autres.

Le malade sort guéri.

OBSERVATION VII (Professeur Gémy)

Leucodermie syphilitique; cicatrices blanchâtres, gaufrées, de syphilides tuberculeuses en nappe, à forme serpiginieuse, simulant le vitiligo.

Le sujet de cette observation, Mohamed-ben-Ali, est un kabyle de 25 ans environ, journalier, né à Tablat, village situé à une soixantaine de kilomètres au sud d'Alger. Il entre à la clinique le 12 mars, évacué du service du Docteur Moreau.

Ce malade raconte que sa mère, à l'âge de 12 ou 13 ans, aurait été atteinte de la même affection dont il est actuellement porteur.

La sienne a débuté lorsqu'il avait une douzaine d'années par un bouton siégeant à la partie moyenne et antérieure de la cuisse droite, bouton qui s'est ulcéré, puis a guéri, laissant une cicatrice absolument blanche. La cuisse droite seule présente des plaques cicatricielles, il n'y en a pas à gauche (asymétrie).

Notons que la peau de ce malade est, normalement, couleur chocolat, de telle sorte que ces cicatrices blanchâtres, qui ont succédé aux diverses ulcérations qui se sont successivement produites, tranchent avec une grande netteté sur la coloration de la peau environnante.

Après cette première lésion de nouveaux tubercules se sont développés et ont envahi la partie droite du thorax et de l'abdomen, en empiétant même un peu sur la partie gauche, formant ainsi à mesure qu'ils guérissaient, un immense placard irré-

gulier, géographique. Ce placard est tantôt gaufré, tantôt lisse d'un beau blanc nacré et d'une souplesse égale à celle des tissus sains, si bien que la coloration seule dénonce les places qui ont été envahies.

La cuisse droite présente de larges placards cicatriciels semblables aux précédents. Il n'y en a pas à gauche ; c'est constater qu'il n'y a pas de symétrie.

En arrière, les placards cicatriciels occupent une moindre superficie. C'est là que l'on peut surprendre encore le processus en activité. Ainsi au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche se trouve une plaque polycyclique, à fond rosé, de sept centimètres de longueur sur deux centimètres de largeur, sur laquelle on peut constater un certain nombre de tubercules miliaires ulcérés. Il n'y a pas d'infiltration de la peau ; quelques tubercules sont plus volumineux et présentent une certaine induration au toucher.

A un premier examen fait il y a trois semaines, au moment de l'entrée à l'hôpital, cette même plaque et une à peu près semblable mais plus petite, située à droite, avaient leurs bords complètement ulcérés, avec la forme franchement serpigineuse de certaines syphilides tertiaires. Actuellement et sous l'influence du traitement, dont nous parlerons tout à l'heure, ces ulcérations sont guéries et n'ont laissé qu'un fond rosé, coloration qui précède toujours la coloration blanche définitive. C'est certainement de la sorte que les autres lésions décrites ont dû évoluer.

Sur certains points la lésion, en guérissant, au lieu d'un placard blanchâtre, laisse au contraire une couche épidermique plissée, paraissant plus large que le tissu sous-jacent et d'une coloration plus foncée que celle de la peau saine, c'est-à-dire

presque noirâtre. C'est ce qui m'a fait adopter, pour qualifier ce résidu syphilitique, l'excellente dénomination de *leucomélanodermie*, proposée par le professeur Fournier.

Ce qui frappe lorsqu'on découvre complètement ce malade, c'est la teinte *pie* de la peau. C'est du moins sous ce nom que les auteurs décrivent, dans l'Amérique du Sud, le vitiligo qui se produit chez le nègre. Il paraît que des cas semblables à celui-ci sont très nombreux dans l'oasis de Biskra et dans les environs. C'est pourquoi il m'avait été affirmé que le vitiligo était très fréquent dans ces régions. Dans ces conditions, ne sommes-nous pas autorisés à croire que ce n'est pas le vitiligo qu'on a observé à Biskra, mais bien des cicatrices à reliquats identiques ?

L'aspect de notre malade, en effet est si caractéristique, que M. le professeur Leloir, dans une trop courte visite qu'il fit, à la fin du mois d'avril, à la clinique dermatologique d'Alger, s'écria, en voyant ce malade : « Quel beau vitiligo ! » Diagnostic de surprise qu'un examen plus prolongé modifia dans le sens que nous venons d'essayer d'établir.

La sensibilité dans tous ses modes est intacte partout.

Biopsie. — Un morceau de peau de ce malade a été pris, moitié sur la partie hyperpigmentée et moitié sur la région vitiligineuse.

On trouvera au chapitre de l'histologie les détails principaux.

Le traitement a consisté en frictions mercurielles, iodure de potassium à la dose de 5 grammes par jour et application d'emplâtre de Vigo sur les ulcérations.

Le malade sort complètement guéri le 15 mai 1894.

OBSERVATION VIII (Professeur Gémy).

Placards de leucomélanodermie au niveau et au pourtour de syphilides avec éléments en activité ; lésions en voie de formation ; nouveau type d'asymétrie.

Hamoud-ben-Achour est aussi un kabyle, 46 ans, journalier, né à Bordj-Menaïel. Le malade, d'une constitution robuste, quoique d'une taille plutôt au-dessous de la moyenne, se présente à notre examen le 25 avril 1894, dans les conditions suivantes :

Il porte sur l'épaule, le bras et l'avant-bras droits des cicatrices dont le pourtour est polycyclique, mais qui présentent au toucher certaines particularités : c'est ainsi que celles de l'épaule et du bras sont souples, hyperpigmentées, ayant un épiderme plus large que les tissus sous-jacents et formant, par conséquent, des plis parfaitement souples. A la partie inférieure du bras et supérieure de l'avant-bras, laissant le pli articulaire tout à fait indemne, ces cicatrices présentent une teinte blanchê, nacrée avec quelques îlots rosés, semblables à ceux que nous avons déjà mentionnés dans les deux observations précédentes. A la partie externe du bras, les cicatrices sont bridées et quelques-une de ces brides sont keloïdiques. Le bras gauche est tout à fait sain.

De l'appendice xyphoïde à la partie moyenne de l'abdomen, sur tout le côté droit du thorax, ainsi que sur le dos, se trouvent d'immenses placards cicatriciels avec îlots d'un blanc mat, îlots hyperpigmentés et placards sur lesquels l'épiderme est

plus large que le derme sous-jacent. Toute la partie gauche est complètement saine.

Des placards blanchâtres occupent tout le pourtour de la cuisse droite ne laissant d'intacte que la partie postérieure. C'est là qu'on peut bien surprendre le mode de formation de ces cicatrices. A ce point de vue, cette observation est absolument typique.

On peut, en effet, remarquer cet immense placard bordé, excepté en haut, par une bandelette de deux ou trois centimètres de largeur, parfaitement géométrique, formée par des tubercules ulcérés. Ici la forme serpigineuse est des plus nettes. Toute la partie centrale est d'un blanc mat, la zone qui la sépare de la bandelette ulcérée est d'un blanc rosé qui deviendra définitivement blanc quand les ulcérations seront cicatrisées.

Les poils sont blancs sur la zone dépigmentée, et colorés sur les autres. Il y a dix ans que la maladie aurait débuté, au dire du malade. Soigné à l'iodure de potassium par le pharmacien de la localité, les ulcérations se cicatrisaient pour se reproduire quelque temps après la suspension du traitement.

Dans cette observation la nature de la lésion ne saurait faire de doute; mise en regard des deux précédentes, elle surprend sur le fait la genèse de ce stigmaté syphilitique.

Notons encore ce détail que ce malade, qui ne fume pas, présente dans la bouche, à la partie interne des joues et au niveau de la rencontre des deux maxillaires, des plaques leucoplasiques très nettes. Soumis au même traitement que les deux malades précédents, Hamoud ben Achour sort guéri le 20 mai. Cette guérison rapide confirme ce que j'ai dit ailleurs (1) de

1. A. Gémy, *Traitement de la syphilis*.

l'influence remarquable du traitement spécifique sur les formes graves de la syphilis chez les indigènes qui ne boivent pas d'alcool.

OBSERVATION IX (1)

Mélanodermie : Syphilide pigmentaire généralisée.

Mohamed Ali, 26 ans, portefaix, né à Palestro, entre à la clinique le 23 octobre 1894, avec un chancre syphilitique cicatrisé du sillon à droite.

Eruption généralisée de syphilides maculeuses, papuleuses, papulo-squameuses, papulo-érosives.

Sur le scrotum elles revêtent la forme hypertrophique, constituant des circinations qui pourraient faire supposer, à un examen superficiel, la forme tuberculeuse.

Ce qu'il y a surtout à noter ici, c'est une syphilide pigmentaire qui occupe tout le corps, depuis le cou jusqu'au pied, ne laissant des îlots de peau saine que par rares intervalles.

Cette pigmentation n'existe pas sur les bras, ce qui permet d'établir une parallèle entre la peau saine et la peau pigmentée. Au cou, elle ne revêt pas la forme en dentelle de la syphilide pigmentaire généralement décrite.

Traitement : Injections de calomel et iodure.

Sort le 22 janvier 1895, guéri.

1. Recueillie dans le service du professeur Gémey.

OBSERVATION X (1).

Leucodermie syphilitique.

Maguenni Mohamed, célibataire, portefaix, âgée de 31 ans, né à la Chiffa, entre le 3 septembre 1896, à la clinique, salle Ricord, lit 18.

A son arrivée nous constatons, en procédant de haut en bas :

a. — Sur le dos et en occupant toute la partie moyenne, sur une hauteur de 0 m. 30, des cicatrices gaufrées, plissées, semblant plus grandes que les tissus sous-jacents, d'une coloration un peu moins sombre que la peau saine. Cette cicatrice qui mesure 0 m. 20 de large à la base, sur 0 m. 30 en hauteur, est à bord régulièrement polycycliques. La partie inférieure présente une coloration vitiligneuse typique, sur une longueur de 0 m. 45 et une largeur de 0 m. 01, très irrégulière. Le sommet présente encore quelques éléments en activité d'une coloration rouge sombre. Ça et là quelques placards de la dimension d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 5 fr. et présentant les mêmes caractères.

b. — Sur la cuisse droite, et à sa partie antérieure, une cicatrice de même nature occupant toute cette région. La partie moyenne présente quelques éléments en activité et une bonne partie de cette cicatrice présente les traces vitiligneuses déjà mentionnées. Quelques placards de même nature au niveau de

1. Recueillie dans le service du professeur Gémay.

la crête iliaque droite et de la région trochantérienne. Tout le pli fessier droit est occupé par un placard identique, empiétant sur une longueur de 10 centimètres au-dessus et au-dessous. Le pourtour de ce placard présente une zone de 2 centimètres environ formée par des éléments ulcérés.

La région deltoïdienne droite présente une cicatrice de même nature, sans éléments en activité, mais avec des cicatrices chéloïdiennes. Toutes ces lésions, à part celles du dos qui sont médianes, occupent le côté droit du corps (Asymétrie).

c. — Le crâne est du type dolicocephale exagéré, presque nati-forme. Les oreilles petites, presque sans lobule, sont fortement déjetées en avant. Le nez est aplati, écrasé et cependant la cloison cartilagineuse existe encore. Les yeux ne présentent rien d'anormal. A la bouche, tout ce que l'on peut noter, c'est l'absence de deux incisives supérieures ; les deux restantes sont volumineuses.

Interrogé, le malade, qui est arabe et non kabyle, nous dit que les placards complètement cicatrisés se sont développés il y a trois ans. Quant aux éléments actuellement en activité, il se seraient développés il y a cinq mois.

Cette observation est un nouveau cas de leucomélanodermie syphilitique, héréditaire, dont nous avons chaque année quelques exemplaires.

Le traitement suivi a consisté en :

 Injections de calomel.

 Iodure de potassium,

 Emplâtre de Vigo.

OBSERVATION XI (1)

Bouâmama-Ali-ben Mohamed, âgé de 19 ans, né à l'Arba, entre à la clinique le 25 mai 1897. Il est difficile d'obtenir des renseignements sur l'état de sa santé antérieure.

Au niveau de l'articulation du coude droit, et de l'olécrane, une vaste ulcération, blafarde, légèrement granuleuse remonte jusqu'au 1/3 inférieur du bras. Cette ulcération est séparée d'une plaque cicatricielle dont nous allons parler, par un intervalle de peau saine de 2 centimètre environ. Cette plaque cicatricielle a la forme ovale, de 5 centimètres de long sur 3 de large, à bords irréguliers ; elle est caractérisée par une décoloration absolue lui donnant l'aspect d'une tache de vitiligo. A la partie centrale existe un îlot de pigmentation normale. Cette plaque vitiligineuse représente l'extrémité inférieure d'une vaste ulcération actuellement guérie et qui remonte jusqu'à la partie supérieure de l'épaule.

Tout le reste de cette ulcération a récupéré la pigmentation normale, ça et là quelques parties déprimées indiquent la place qu'occupait la lésion. Sur le dos, et en occupant toute la moitié droite, une cicatrice irrégulière, également pigmentée et caractérisée par la même petite dépression sont les seuls indices qui dénotent une lésion antérieure. Elle est souple et a repris la même élasticité que la peau normale environnante.

Sur la cicatrice du bras existent çà et là quelques placards vitiligineux.

1. Recueillie dans le service du professeur Gémy.

L'ulcération dont nous avons parlé tout à l'heure contourne la face inférieure du bras et se continue jusqu'au 1/3 supérieur et antérieur de l'avant-bras.

Le malade raconte que les résidus constatés sur le dos remontent à 5 ans, époque à laquelle la lésion aurait débuté et pour la guérison de laquelle son père lui aurait fait prendre des médicaments arabes.

L'ulcération actuelle aurait débuté il y a un an et, eu égard au peu de succès du traitement employé chez lui, il entre à l'hôpital.

Sur les deux joues 7 ou 8 placards cicatriciels du même aspect que celui que nous avons relevé dans le dos sont les indices d'ulcérations de même nature qui se seraient produites il y a également 5 ans.

Ces lésions sont de nature incontestablement syphilitique ; mais il est absolument impossible d'en affirmer la provenance soit comme hérédité, soit comme syphilis acquise.

Ce sont certainement des lésions rares et qui doivent emprunter leur aspect si particulier, aussi bien comme évolution, comme coloration de la cicatrice, comme souplesse, à des causes qu'il n'est pas possible de déterminer rigoureusement, soit qu'elles relèvent de la nature du terrain, soit de la qualité de la graine.

Injection de calomel.

Iodure de potassium.

Vigo.

OBSERVATION XII (Personnelle).

Leucomélanodermie syphilitique.

Elokeha. Meliani M'Hamed, célibataire, journalier, âgé de 26 ans, du douar Oued-Kaddour (Aïn-Sultan, près Milianah), entre à la clinique le 28 août 1897, salle Ricord. Type arabe.

Le malade n'accuse pas d'antécédents morbides héréditaires ou personnel connus. Il est d'une robuste constitution.

Interrogé sur les causes qui l'amènent à l'hôpital, il nous raconte qu'il vient pour se faire soigner une ulcération qu'il porte au pubis et qui l'empêche de travailler. Le début de cette ulcération remonterait à trois mois. C'est un chancre simple, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, en voie de cicatrisation, que la malpropreté du malade a entretenu ; il siège sur la face dorsale et à la racine de la verge, empiétant sur le pubis. Cette ulcération est donc bien postérieure aux lésions qui vont maintenant nous occuper et qui, elles, remonteraient à plusieurs années (5 ans).

D'ailleurs, ce chancre a guéri en quelques jours, après quelques lavages à la liqueur de Van-Swieten, et application de poudre d'iodoforme.

Le malade nous dit qu'il est déjà venu une première fois à l'hôpital, dans le service de M. Gémy, salle Saint-Lazare, il y a 13 ans, pour se faire guérir un bouton dont il indique le siège antérieur. Il n'y a pas trace de cicatrice, mais une légère induration a persisté.

En consultant les archives du service, nous retrouvons, au nom de ce malade, le diagnostic de chancre syphilitique du sillon, porté par M. Gémy. Les ganglions sont généralement envahis aux aines, à la nuque, à l'aisselle et au cou. Rien du côté de la bouche ; les dents sont parfaitement saines, belles et blanches ; la muqueuse et la langue intactes.

Ce malade, pendant tout le temps de son premier séjour à l'hôpital (trois semaines environ), a été soumis au traitement spécifique. Mais, depuis sa sortie, il a cessé tout traitement. Ce fait a son importance, car les lésions que nous allons maintenant décrire ont évolué insidieusement, sans bruit, par poussées légères, sans ulcérations ni délabrements appréciables, si bien que le malade a cru, qu'à la façon des serpents, il avait changé de peau, et cela tout naturellement. Il paraît très étonné de voir notre attention particulièrement attirée du côté de ces lésions dont il ne s'est jamais soucié et pour lesquelles il n'a jamais cessé de vaquer à ses occupations.

Il présente au niveau des régions lombaire, sacrée, fessière et iliaque gauches, envahissant presque toute leur surface, une immense plaque gaufrée, complètement cicatrisée, irrégulièrement quadrilatère, mesurant environ 30 centimètres en hauteur et 20 en largeur. L'aspect de ce placard est caractéristique : mi-partie blanc, mi-partie noir avec des teintes intermédiaires et des bigarrures ; des portions décolorées, vitiligineuses, hyperchromiées et d'autres grisâtres, pigmentées, bistrées plus ou moins hyperchromiées. Les parties supérieures sont plus blanches que les inférieures ; au centre sont des portions brunes ayant la même coloration que la peau normalement foncée ; çà et là des taches d'un blanc nacré.

La lésion est nettement circonscrite et séparée de la peau

saine par un liseré brunâtre, la délimitant régulièrement et mesurant 4 à 5 millimètres d'épaisseur environ.

Toute la région envahie est absolument indolore et la sensibilité, dans tous ses modes, est parfaitement conservée.

La peau, à ce niveau est aussi souple que celle des parties saines voisines; aucune infiltration, aucune nodosité, aucune induration. A la partie inférieure de ce vaste placard et sur sa surface, au niveau du gras de la fesse, existe une petite plaque de la dimension d'une pièce de 2 francs, d'une blancheur neige, éclatante, tranchant singulièrement sur un fond complètement noir. Non loin autre plaque blanche identique. Enfin dans l'angle supérieur du placard, immédiatement au-dessous de la partie moyenne de la crête iliaque, autre cicatrice blanche, en forme de croix latine, tranchant sur un fond brunâtre.

La peau, au niveau de ces taches blanches, n'est ni plus ni moins souple que partout ailleurs.

Au niveau de la partie moyenne de la clavicule gauche, empiétant sur les régions sus et sous-claviculaires, autre tache blanche identique, bordée de quelques éléments en activité, de la dimension d'une pièce de 5 francs.

Le malade, craignant d'être biopsié, se sauve de l'hôpital.

On lui avait fait 3 injections de calomel.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Chérifi Tayeb ben Zerrouk, célibataire, journalier, 19 ans, du douar Djendel (Affreville) entre le 15 septembre 1897 à la clini-

que dermato-syphiligraphique au lit n° 11, salle Ricord. Type nègre.

Ce malade entre à l'hôpital, dit-il, pour se faire soigner les nombreux boutons qu'il a sur le nez. Il n'a jamais eu de maladies antérieures et ne se reconnaît aucun antécédent vénérien !

Il est impossible de tirer de lui quelques renseignements précis sur ses antécédents héréditaires; tout jeune il a quitté sa famille qu'il a complètement oubliée depuis et perdue de vue. D'ailleurs, comme il faut toujours le faire avec ces gens là, nous procédons à un véritable examen vétérinaire du malade, car même lorsqu'ils fournissent des renseignements, il faut savoir ne pas en tenir compte. D'une taille moyenne et d'une constitution robuste, Tayeb est un beau type de nègre. Tous les organes sont sains.

La jambe gauche présente une cicatrice déprimée, blanche, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, que le malade attribue à un coup. Les ganglions sont généralement envahis aux aînes où l'adénopathie est particulièrement marquée à gauche, au cou (gros ganglions sous maxillaires), à l'aisselle, à la nuque.

Rien de particulier à noter du côté de la bouche. Rien de la triade d'Hutchinson. Pas de trace d'accident primitif. Sur le dos de la verge est une tache vitiligineuse, blanche de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. L'urèthre est le siège d'un écoulement que le malade dit toujours avoir eu. A la partie moyenne et antérieure du bras droit, sur le biceps, gomme syphilitique de la dimension d'une pièce de cinq francs, dont l'abondante suppuration est probablement due à des infections secondaires. Les lésions du nez sont certainement de même nature.

Ici, comme dans quelques autres observations, il ne nous a pas été possible de remonter à l'origine soit héréditaire soit acquise de ces manifestations de nature incontestablement spécifiques, ainsi que des lésions suivantes :

Toute la région fessière est le siège d'un immense placard achromique et hyperchromique, gaufré, vitiligineux, parsemé de taches alternativement pigmentées et apigmentées. Sur la fesse droite cette plaque présente environ les dimensions de la main; elle est irrégulièrement triangulaire, à contours polycycliques; la grande base de ce triangle correspond au pli interfessier qu'elle occupe dans toute son étendue; l'autre suit parallèlement le pli fessier, à deux centimètres au-dessus de lui, pour rejoindre enfin la troisième au niveau du sacrum. Cette surface, bien que bordée d'aucun élément est nettement séparée des parties saines environnantes par des teintes variant du blanc mat au brun et tranchant sur le fond de la peau normalement noire.

Sur la fesse gauche, le placard, de dimensions un peu moindres, présente les mêmes caractères.

Les parties superficielles sont plus étendues que les couches sous-jacentes et de ce fait, elles sont plissées, gaufrées, lisses par certains endroits. La peau n'a cependant rien perdu de sa souplesse ni de son élasticité.

Sur le sacrum et dans la région avoisinant la partie postérieure de la crête iliaque gauche, à la partie inférieure de la région lombaire, on surprend la lésion en pleine activité : ce sont des tubercules agminés ou isolés. Quelques-uns de ces derniers sont affaissés, presque guéris, plans et donnent déjà naissance en certains points à cette coloration rosée qui précède toujours la pigmentation

Sauf à ce niveau, toutes les cicatrices que nous venons de décrire sont indolores et la sensibilité n'est point altérée.

Enfin, sur la face postéro-externe de la cuisse gauche existent quelques cicatrices blanchâtres, vitiligineuses, isolées.

Le traitement a consisté en injections de calomel.

Avec M. le Dr Murat, nous avons fait, le 21 septembre, la biopsie de ce malade. On en trouvera la relation au chapitre de l'histologie.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Menouar-ben-Mohamed Salah, manoeuvre, âgé de 25 ans, né à Damiette, près Médéa, entre le 27 septembre 1897, à la clinique dermato-syphiligraphique d'Alger. Type arabe.

Interrogé sur les causes qui l'amènent à l'hôpital, le malade nous raconte qu'il est tombé de son échafaudage de maçon, d'une hauteur de 10 mètres, sur le front, et qu'il vient faire soigner ces lésions purement traumatiques. Intelligent, il s'étonne d'avoir été dirigé sur un service qui ne lui semble pas répondre aux besoins de son état.

Comme antécédents héréditaires, son père serait mort de maladie inconnue après avoir présenté des lésions cutanées aux siennes, sa mère en bonne santé ainsi que 2 frères et une sœur.

Comme antécédents personnels, il a eu les fièvres paludiques à Médéa (le foie et la rate sont volumineux); la variole il y a 6 ans (les cicatrices du visage en témoignent); une blennorrhagie (elle existe encore).

Le malade, d'une taille au-dessous de la moyenne, mais d'une forte constitution, nous fait remarquer deux blessures qu'il porte au front et qui résulteraient de la chute qu'il fit il y a trois jours. Elles occupent la partie moyenne du front, de chaque côté de la ligne médiane ; celle de droite, complètement cicatrisée est haute de trois centimètres, large de deux, profonde de un ; elle atteint en haut la naissance des cheveux et est adhérente au périoste sous-jacent.

Celle de gauche est ulcérée, suppurante, douloureuse à la pression. Nous avons incontestablement affaire à des gommes syphilitiques anciennes, cicatrisées dont l'une, sous l'influence du traumatisme, est redevenue le siège d'une poussée nouvelle, avec suppuration due à des infections secondaires. D'ailleurs les signes d'hérédo-syphilis sont flagrants ici : effonôrement de la portion osseuse du nez ; dents caractéristiques d'Hutchinson ; pléiades ganglionnaires inguinale axillaire et cervicale ; membres inférieurs légèrement arqués, suintement auriculaire.

Rien dans la bouche ; rien au dos ni à la poitrine ; rien aux bras, rien au membre inférieur gauche.

Le membre inférieur droit présente, au-dessus et en avant de la malléole externe, une cicatrice déprimée, adhérente, de 1 centimètre de surface ; une autre cicatrice déprimée, blanche, siège au niveau de la tubérosité interne du tibia. Ces deux cicatrices sont identiques à celle du front et de même nature qu'elles.

Occupant toute la région postéro-externe du membre, depuis la partie moyenne de la cuisse, jusqu'à la partie moyenne de la jambe et envahissant tout le creux poplité, s'étend un immense placard gaufré, complètement cicatrisé, de 40 centimètres de hauteur sur 20 à 25 de large. Du côté de la cuisse la peau présente des zones alternativement blanches et noires, assez

régulières et rappelant grossièrement, comme coloration et comme disposition, un jeu de dames. Il y a cependant prédominance de pigmentation, surtout en allant de bas en haut.

Du côté du mollet les caractères sont bien différents; la peau est uniformément d'un blanc mat, rosée, avec quelques trainées brunes sur le trajet des veines superficielles; elle est plus ridée, plus parcheminée, plus gaufrée qu'à la cuisse et ses limites se fondent insensiblement avec les parties saines environnantes; elle est exclusivement vitiligineuse et pourrait, à un examen superficiel, en imposer pour une cicatrice de brûlure.

Le contraste est frappant entre ces deux formes d'une même lésion qui change brusquement de caractères au-dessus et au-dessous d'une ligne passant par la partie moyenne du creux poplité.

Au niveau de la partie externe du genou, la laxité de la peau donne à la région un aspect sillonné remarquable.

Ces lésions, au dire du malade remonteraient à 10 ans. Elles auraient débuté par le mollet avec des boutons ulcérés à marche progressivement envahissante, qui auraient insensiblement disparu en laissant ces cicatrices, sous l'influence de l'iode de potassium qu'il prit pendant un certain temps.

Bandelettes d'emplâtre de Vigo.

Frictions d'onguent napolitain.

Iodure de potassium.

OBSERVATION XV (personnelle) (1).

Mohamed-Saïd, cavalier-spahi, des environs de Blida, âgé de 30 ans environ, est évacué des manœuvres (Akbou) sur l'hôpital du Dey, le 10 octobre 1897, pour des contusions multiples, choc et stupeur résultant d'une chute de cheval. Beau type de nègre.

Nous sommes frappés, en découvrant ce malade qui, d'ailleurs, ne porte aucune trace de blessures graves, par la présence, sur toute la région de la fesse gauche d'un placard blanchâtre, de la dimension des deux paumes de la main réunies, tranchant sur le fond noir de la peau. Ce placard, unique, offre les caractères suivants, absolument curieux : il est constitué par des zones presque concentriques, alternativement colorées et achromes, celles-ci variant du blanc cendré au blanc vif, celles-là uniformément noires, comme la peau normale. De sorte qu'envisagée isolément, cette lésion nous offre un cas typique de *leucomélanodermie* telle que l'a décrite M. Fournier, dans lequel à vrai dire la décoloration, la leucodermie seule est en cause. Ici, en effet la mélanodermie n'est qu'accidentelle ; elle ne diffère pas de la coloration normale des téguments sains, et n'a pas été altérée dans sa teinte. Deux croix de malte, d'une blancheur éclatante, se rencontrent à la surface de la lésion, dans la région trochantérienne.

1. Prise à l'hôpital militaire du Dey, pendant qu'en qualité de médecin-auxiliaire, nous y accomplissions une période d'instruction de 28 jours.

La peau est souple, sans aucune infiltration ni induration ; la sensibilité est normale dans ses différents modes. Quelques plis gaufrés existent au pourtour du placard mais font défaut au niveau des croix blanches.

Le malade est incapable de donner un renseignement quel qu'il soit ; il ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise. Remis de ses fatigues, il sort le 15 octobre, sur l'ordre du médecin-chef.

OBSERVATION XVI (1).

Syphilides tuberculeuses en nappe, à marche serpiginieuse à reliquats leucomélanodermiques, syphilides pigmentaires ; seul cas de femme observé dans le service.

Ouardia-bent-Adbasîs. âgée de 16 ans, de la tribu des Aït-Moussa (Tizi-Ouzou) entre à la clinique le 4 mai 1895, salle Rollet, lit n° 8.

Interrogée, la malade répond qu'elle a vu ses parents atteints eux aussi de lésions analogues aux siennes. Nous avons donc affaire, très probablement ici, à une syphilis héréditaire.

La lésion actuelle remonte à quatre ans. Avant cette époque, la malade n'avait vu aucune manifestation. Au début, elle aperçut quelques tubercules (boutons) à la face et à la cuisse, tubercules qui s'ulcérèrent, augmentèrent de nombre et d'étendue. Elle n'a jamais consulté de médecin et n'a donc probablement pas été soumise au traitement spécifique.

1. Recueillie dans le service du professeur Gémy.

Actuellement, tout le bas du visage est le siège d'un large placard circiné, vitiligineux, achrome.

Même placard circiné siégeant à la partie externe de la jambe gauche, de la dimension des deux mains, constitué par des tubercules suppurés à marche serpigineuse, laissant à leur suite, à leur surface et au pourtour, des cicatrices, les unes souples et blanches, les autres roses et épaisses.

De même un placard beaucoup plus considérable occupe la moitié de la partie externe de la cuisse gauche.

Mêmes lésions sur les épaules et les régions deltoïdiennes. Aux pieds, syphilides pigmentaires symétriques, formant une sorte de dentelle à larges mailles, et s'arrêtant à la région sus-malléolaire.

Le système ganglionnaire est peu développé.

La crête du tibia gauche présente, sur une longueur de douze centimètres environ, une augmentation de volume donnant à la jambe la forme caractéristique d'une lame de sabre.

Sur la jambe droite ce signe est moins accusé. Ce fait fixe le diagnostic au point de vue de l'hérédité. Les dents sont très blanches, régulières, excepté cependant en haut où les deux incisives médianes présentent les signes de microdontisme de la dent d'Hutchinson.

Le traitement a consisté en :

- 1° Frictions mercurielles, avec 4. gr. d'onguent par jour.
- 2° Iodure de potassium 3 gr. par jour en augmentant d'un gr. tous les deux jours, jusqu'à 10. Repos puis reprise.
- 3° Emplâtre de Vigo sur les surfaces ulcérées.

CHAPITRE III

Etiologie et nature. — Description. — Evolution et terminaison définitive.

Nous venons de voir, dans leur ordre de succession chronologique, les différents cas qui se sont présentés dans le service de la clinique dermato-syphiligraphique d'Alger, pendant une période de quelques années (septembre 1892 à septembre 1897).

Ces cas sont remarquables et se rapprochent bien de ceux précédemment décrits par M. le professeur Fournier et qui nous ont servi de types. Ils sont, sinon absolument semblables, au moins singulièrement analogues à ceux décrits par le maître.

Les lésions, sont d'autant plus frappantes ici, que les individus qui en sont porteurs ont la peau normalement colorée ; en effet, ce sont tous des indigènes africains, Kabyles, Arabes, Nègres, anciens esclaves du Sud algérien, etc. Or, chez tous les hommes de couleur, les ulcérations de la peau laissent généralement après elles, des cicatrices achromiques qui tranchent étrangement sur le reste de la peau normalement noire ou foncée. De là cette

confusion maintes et maintes fois faite avec toute une série d'affections de la peau atteignant le système pigmentaire, et en particulier avec le vitiligo, assez fréquent dans nos pays.

L'élément européen, nombreux et cosmopolite surtout, ne nous a pas fourni un seul cas ; d'ailleurs nous ne connaissons pas d'autres cas publiés en France, en dehors de ceux du professeur Fournier. Aussi croyons-nous pour voir avancer que cette *leucomélanodermie*, sans être l'apanage exclusif des races à peau pigmentée, est exceptionnelle chez le blanc. Mais, dans ce fait, nous devons tenir le plus grand compte d'un facteur important, le traitement, au chapitre duquel nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

Un seul cas de femme s'est présenté ; est-ce à dire que notre affection serait plus fréquente chez l'homme ? Nous ne le croyons pas, si toutefois nous faisons de la *syphilide pigmentaire* une forme de la leucomélanodermie. La syphilide pigmentaire en effet, se rencontre fréquemment chez les mauresques, et M. le Dr Rey en a vu de nombreux cas.

Tous nos sujets sont des adultes (17 à 30 ans ; 46 ans) en général d'une vigueur et d'une constitution remarquables.

La nature, incontestablement syphilitique de l'affection qui nous occupe, découle pleinement des observations qui précèdent. Un premier argument en sa faveur peut être tiré de la fréquence de la syphilis chez les indigènes : c'est celui qu'invoquaient le plus souvent les premiers observateurs. Après la malaria, en effet, la syphilis est l'affection la plus répandue chez les indigènes algériens. M. Ray-

naud en a compté 120 cas, ce qui, sur 800 malades examinés par lui, représente plus du 1/8, chiffre fort respectable. Ici, comme partout, l'hérédité et la contagion en sont les premiers facteurs. Souvent propagée par hérédité, la syphilis se transmet beaucoup plus encore par les habitudes de vie commune, par l'usage des mêmes ustensiles de ménage et aussi par la prostitution, fort en honneur chez les indigènes. Ces gens, très pauvres pour la plupart, ou réfractaires aux commodités de la civilisation, ne possèdent souvent, pour toute une famille, comme service de table, qu'un plat, une cuiller en bois et un pot en grès. Membres de la famille et invités se servent à tour de rôle de ces rares et uniques objets (Raynaud). On n'est pas étonné, après cela, des facilités de contagion des accidents syphilitiques. Pour ce qui est de la prostitution chez les indigènes, nous renvoyons aux travaux publiés sur cette question (1). Enfin il faut aussi faire entrer en ligne de compte, parmi les moyens de propagation de la syphilis chez les indigènes, les opérations qu'ils pratiquent sans aucun égard pour les règles les plus élémentaires de l'asepsie et de l'antisepsie modernes : la circoncision, la variolisation et le tatouage.

Un deuxième argument se tire nécessairement de la concomittance des lésions avec des accidents syphilitiques secondaires (syphilides), plus souvent tertiaires (gommés), toujours tardifs, ou des signes indéniables d'hérédosyphilis.

1. Jean Bulliod. *Etude sur la prostitution à Alger*. Thèse de Toulouse 1896.

Bien souvent même nous avons pu découvrir la trace de l'accident primitif, soit qu'elle fût encore palpable, soit que le malade ait été déjà antérieurement soigné dans le service (*Observation XII*).

Mais que dire des cas assez fréquents dans lesquels il ne nous a pas été possible de remonter à une origine spécifique et de pouvoir en affirmer la nature, aucun stigmate syphilitique ancien ou récent n'étant saisissable ? C'est le moment d'invoquer un troisième et dernier argument : l'influence du traitement.

En l'absence de tout signe, en effet, l'influence du traitement spécifique n'est-elle pas le meilleur réactif de la vérole ? Avec les résultats, toujours satisfaisants, qu'il nous a donnés, seul il nous a permis bien souvent d'affirmer la nature syphilitique non douteuse, mais sans autre preuve, de nos lésions. On trouvera, au chapitre que nous lui consacrons, les développements que comporte cette intéressante partie de notre sujet.

Avons-nous affaire à des accidents secondaires ou à des accidents tertiaires ? Les grands délabrements coexistant avec les lésions pigmentaires en voie de formation ou même déjà constituées, permettent de se prononcer pour ces derniers. La *leucomélanoderme* est contemporaine des gommes syphilitiques ; comme elles, elle est généralement outre accident *parasyphilitique*, tertiaire et tardif. Elle peut se développer, d'une façon précoce, à la fin de la période secondaire, mais pas en-deçà. C'est d'ailleurs, chronologiquement, un caractère qui permet de la différencier de la syphilide pigmentaire qui, nous le verrons au chapitre suivant, apparaît aussi comme acci-

dent parasymphilitique cutané dans le cours et au plein de la période secondaire.

Les observations qui précèdent nous dispenseront de nous étendre longuement sur la description de nos lésions. Nous nous résumerons ainsi : ces placards de leucomélano-dermie sont des résidus indélébiles d'un processus cicatriciel spécial, d'ulcérations spécifiques.

Ils peuvent, comme ces dernières, occuper toutes les régions du corps, exception faite pour les extrémités, et acquérir toutes les dimensions depuis celles d'une pièce de 50 centimes jusqu'à toute l'étendue même des membres et du tronc. Ce dernier avec la face, est leur siège d'élection. Les extrémités sont généralement respectées.

Ils ne se produisent pas seulement sur l'aire même des syphilides, mais aussi à leur pourtour et dans leur voisinage, plus ou moins loin, pouvant former ainsi des sortes d'îlots, d'archipels isolés. *L'asymétrie*, aussi bien au point de vue de leur forme et de leur aspect, qu'au point de vue de leur siège et de leurs dimensions, semble toujours les caractériser : ils dessinent, sur le fond de la peau, dont la coloration est plus ou moins modifiée, des sortes de cartes géographiques irrégulières, à limites déchiquetées, anfractueuses, polycycliques, s'étendant plus ou moins loin en surface.

Quelquefois le placard est nettement limité, brusquement séparé des parties saines avoisinantes par un liseré pigmenté, une sorte de rempart à pigment, rappelant un peu le liseré brunâtre qui borde, au 5^e ou 6^e jour, l'eschare noirâtre d'une brûlure de vitriol par exemple.

Quelquefois aussi c'est insensiblement que les teintes

varient, se transforment et finalement se fondent avec la coloration normale de la peau avoisinante.

D'une façon générale, cette lésion cicatricielle paraît déprimée ; la peau, à son niveau, semble être trop ample pour s'adapter justement aux parties sous-jacentes : de ce fait elle se plisse, se ride et se gaufre en vertu de son élasticité.

Il est probable que c'est là la conséquence de la résorption partielle des tissus cellulo-graisseux dermique et sous-dermique ; mais il n'y a pas, à proprement parler d'atrophie de la peau, comme nous le verrons plus loin.

Nous connaissons les modifications, les troubles curieux de la pigmentation cutanée, l'achromie, l'hyperchromie et les teintes intermédiaires : nous n'y reviendrons pas.

Les poils participent exactement aux mêmes transformations que l'épiderme : ils sont tantôt colorés, tantôt décolorés, en partie ou en totalité ; quelquefois même ils ont disparu.

La lésion une fois constituée, le doigt, promené à sa surface, ne perçoit aucune aspérité, aucune induration, aucune infiltration, aucune nodosité.

La peau est mobile, souple, élastique ; à la coupe elle est rétractile et ne crie pas sous le scalpel — nos biopsies nous l'ont démontré — comme dans la sclérodermie ; il n'y a pas d'adhérences avec les parties sous-jacentes : en un mot tous ses caractères physiques normaux sont conservés, la coloration mise à part.

L'étude anatomo-pathologique et l'histologie vont nous montrer aussi qu'en dehors des altérations pigmentaires, les caractères physiologiques et anatomiques sont peu ou

pas modifiés. Il semble que, sous la remarquable influence du traitement, il y aïeu une sorte de *restitutio in integrum* de tous les éléments antérieurement malades : les altérations pigmentaires seules ont persisté et la *leucomélano-dermie* reste comme signature indélébile des lésions primitives.

Ainsi donc, les altérations, ou plutôt les modifications survenues dans l'arrangement et la distribution harmonieuse et égale du pigment, persistent seules et constituent désormais toute la lésion, et mieux toute trace de la lésion : ici c'est blanc ; là c'est noir ou bistre et, entre ces deux extrêmes, tous les intermédiaires. Il semble que le même désordre qui a présidé à l'apparition des lésions a aussi dirigé la distribution du pigment.

Les muqueuses ne sont pas toujours respectées et, chez quelques-uns de nos malades, nous avons signalé l'existence de taches leucoplasiques dans les cavités buco-pharyngées (Observation VIII).

La sensibilité, dans tous ses modes, est généralement conservée : le malade est sensible au tact et à la piqure ; il perçoit aussi, au niveau de ses lésions, le chaud, le froid, le chatouillement, la douleur. Pas de démangeaisons, de prurit, d'élancements ni de douleurs spontanés.

L'évolution de ces lésions est celle des ulcérations mêmes qui les devancent, les accompagnent et les préparent ; elles sont constituées à la cicatrisation complète des ulcérations ; leur marche est donc parallèle à ces dernières et nous allons voir, dans le chapitre suivant, à propos de la lèpre Kabyle, les altérations pigmentaires de la peau correspondant à la période de début et à la période intermédiaire.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic des lésions que nous venons d'étudier mérite d'arrêter quelque temps notre attention. Ce n'est pas que ces lésions, par elles-mêmes, soient difficiles à reconnaître ; elles ont des caractères propres, qui permettront de les affirmer et d'ailleurs il suffit de les avoir vues une fois et d'y songer pour ne point les oublier.

Mais elles ont été confondues avec tant d'autres affections dans lesquelles les troubles de la pigmentation prédominent, qu'il nous a paru nécessaire au moins de signaler les principales et parfois d'en rappeler, aussi brièvement que possible, les caractères généraux.

Bien souvent, aux savantes leçons du professeur Gémy, nous avons été pris au dépourvu, lorsque le maître, à propos des sujets dont on vient de lire l'histoire, nous faisait entrevoir la confusion possible, souvent faite d'ailleurs, avec le vitiligo, la lèpre, la sclérodermie et quelques autres affections comme la scrofule, les trophonévroses, l'albinisme et jusqu'à la maladie d'Addison. Beaucoup aussi ont pu prendre ces lésions pour des ci-

catrices banales d'ulcères quelconques ou de brûlures au deuxième degré. Signaler ces causes d'erreur, c'est les faire éviter à coup sûr.

Nous avons, dans le précédent chapitre, commencé par décrire la *leucomélanodermie* et nous lui avons donné sa physionomie et ses caractères propres, en un mot nous avons dit ce qu'elle était.

Avant de dire ce qu'elle n'est pas, il nous faut maintenant étudier ce que les médecins militaires, avec M. Arnould, ont décrit sous le nom de *lèpre Kabyle*. Nous ne saurions mieux démontrer que par cette étude l'analogie, pour ne pas dire l'identité de ces lésions avec celles qui nous occupent. Seulement n'oublions pas que, sous l'impression des formes horriblement mutilantes de la syphilis kabyle, les observateurs de l'époque n'ont pas eu conscience de l'erreur qu'ils commettaient, en qualifiant de lèpre des lésions qui n'ont, en réalité, rien à voir avec elle.

Lèpre Kabyle. — M. Arnould distingue, dans la lèpre kabyle deux formes qui existent, tantôt isolées, tantôt réunies chez le même sujet.

Dans la première forme, que M. Arnould appelle *épidermique*, on voit apparaître au début un groupe de petites élevures ou papules ayant en moyenne le volume d'une tête d'épingle, à sommet arrondi, à bases tellement rapprochées, qu'elles donnent, à l'espace des téguements qu'elles occupent, un relief total de 1 à 2 millimètres, à surface très légèrement mamelonnée.

Ces saillies ont une coloration d'un rouge pâle qui,

avec le temps, prend successivement des teintes plus foncées. Le groupe forme toujours une tache circulaire qui, à l'origine, peut ne pas avoir un diamètre plus grand qu'une pièce de 20 centimes.

La tache est complètement occupée par des élevures, ou bien celles-ci forment une petite couronne autour d'un espace sain, très restreint, qui se retrouvera encore tel, selon que les parties environnantes auront subi les ravages les plus étendus.

Dans d'autres cas on voit, dès le début, des pustules analogues à celles de l'impétigo, reposant sur une base légèrement saillante. Il est des malades chez lesquels on ne saisit la forme initiale qu'à l'état de taches plus ou moins grandes, à saillies parfaitement uniformes et très légères, de coloration rouge brun, et recouvertes d'une fine desquamation ; celle-ci peut-être remplacée par un simple aspect parcheminé et brillant de l'épiderme. La disposition en cercle des efflorescences est un caractère assez constant. Cette forme se modifie d'ailleurs un peu selon les régions affectées : sur les membres elle passe à des courbes allongées, ellipsoïdes.

Une particularité non moins constante, c'est la coloration rouge-violet ou rouge-brun des taches lorsqu'elles ont déjà un certain âge et une étendue notable sans qu'il y ait cependant d'ulcération.

M. Arnould l'attribue essentiellement à un travail qui, se passant dans l'épiderme, a pour effet tantôt de multiplier les jeunes cellules, et par conséquent de rendre la membrane cellulaire moins opaque, tantôt d'amincir extraordinairement cette même enveloppe, par suite de

la chute des lamelles superficielles ou cornées ; la couleur rouge est celle du derme vasculaire, vue par transparence.

Il est des malades chez qui l'altération tégumentaire ne va pas plus loin en profondeur ; elle est entièrement constituée par des taches de toutes dimensions, jusqu'à celle de deux ou trois fois la largeur de la main, situées presque exclusivement à la face postérieure du tronc et interne des membres. A la surface de ces taches, on reconnaît des squames très fines au centre, fort larges à la périphérie. Le centre ayant été atteint le premier, est aussi le premier abandonné par le mal, et tend à la guérison pendant qu'à la périphérie l'effort morbide est en pleine activité.

Cette forme est généralement sèche pendant toute sa durée.

Elle se termine par le rétablissement du niveau normal du tégument et par la reconstitution plus ou moins complète des couches épidermiques ; mais la coloration rouge persiste avec des modifications de ton qui en font une teinte *ardoisée, chocolat, marron, ou même bistre*.

La deuxième forme, qui est ulcéreuse, n'apparaît jamais d'emblée ; elle succède à la première et cette transition se fait surtout de deux manières : Tantôt l'ulcération apparaît dans un point d'une des taches précédemment décrites ; la couche qui revêt le derme devient si ténue, qu'elle finit par ne plus exister. Le derme, mis à nu, subit d'abord une légère mortification à sa surface, ce qui le creuse et fait, de l'ulcère récent, un espace déprimé ; mais cet aspect dure à peine et, le plus sou-

vent, le derme se relève de telle façon que toute la surface ulcérée dépasse le niveau du tégument et quelquefois de beaucoup. Cet ulcère revêt la même forme que la tache et s'étend excentriquement, de proche en proche. Toutefois, l'espace actuellement ulcéré est toujours assez restreint, puisque le centre se guérit à mesure que la périphérie gagne du terrain.

Dans d'autres cas, de beaucoup les plus fréquents, l'ulcération succède rapidement à l'apparition des grandes pustules analogues à celles de l'ecthyma. Le pus et les croûtes absorbent toute l'épaisseur de l'épiderme et, quand la croûte tombe, on s'aperçoit que le derme est à nu et creusé. On voit aussi quelquefois l'affection débiter par de légères saillies rouges dont le sommet acuminé est occupé par une vésico-pustule.

Il n'est pas toujours possible de saisir nettement l'une ou l'autre de ces formes initiales. Ce que l'on voit le plus souvent c'est une bordure épaisse et relevée de croûtes plus ou moins anciennes, laissant échapper ici un liquide puriforme, là de la sérosité limpide ; c'est à la base des croûtes le tégument épaissi, comme au bord de la plupart des ulcères, et de larges écailles de l'épiderme éclatées par l'infiltration et le soulèvement de la couche fibreuse tégumentaire. L'ulcère est rarement profond ; sa surface est presque toujours rosée, bourgeonnante, et arrive très vite à dépasser le niveau du reste du tégument ; ses bords ne sont jamais taillés à pic ; il ne se cicatrise d'ailleurs qu'avec une grande lenteur.

Les cicatrices peuvent être rangées en deux catégories : celles de la première sont légèrement en creux, an-

fractueuses à la surface et donnent à la peau cette apparence plissée, tourmentée qui succède aux brûlures du second degré. Le tégument y est décoloré, dépourvu de poils; c'est un derme refait avec du tissu inodulaire, et recouvert de la même lame cornée de toutes les cicatrices extérieures.

Les cicatrices de la seconde espèce sont constituées par une plaque d'un relief de quelques millimètres, à surface légèrement ondulée plutôt que mamelonnée. On dirait une plaque charnue surajoutée à la peau; elles ont le plus souvent une coloration rouge foncé; il en est cependant qui sont pâles et presque blanches.

La partie postérieure du tronc et la face externe des membres sont presque exclusivement le champ de la *lèpre kabyle*. Elle est un peu plus fréquente aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Sa marche est essentiellement chronique et sa durée presque indéterminée. Elle s'accompagne presque toujours, quand elle est confirmée, d'un état général fâcheux, d'embarras des voies digestives, d'amaigrissement, de pâleur, d'un teint cachectique. On la voit chez des sujets de tout âge, chez les femmes aussi bien que chez les hommes et principalement chez les pauvres, les fellahs.

Pour admettre la nature syphilitique de la *lèpre kabyle*, M. Arnould se base principalement sur sa coexistence presque constante avec des accidents auxquels on ne peut guère assigner une autre origine: «La gomme, telle qu'on la connaît partout dit l'auteur, accompagne presque toujours les accidents que j'ai décrits. Elle existe, chez nos malades à l'état d'exostoses énormes aux os de la jambe,

de l'avant-bras, du bras et de la face ». Les environs de l'articulation du coude présentent souvent à leur face externe, des tumeurs molles, adhérentes aux os par leur base ou, au contraire, faisant corps avec la peau de la région. On surprend des tumeurs analogues aux pommettes des joues, aux arcades sourcilières, dans les téguments du crâne. On les voit naître quelquefois quand la dermatose est déjà généralisée, mais encore voisine de son début.

C'est dans les premiers temps de leur présence que ces tumeurs ont surtout cette consistance particulière, cette élasticité d'ensemble qui leur a fait donner le nom de gomme.

« Dans d'autres cas, on trouve des vestiges caractéristiques de cette production ; ce sont des dépressions cicatricielles aux os du crâne, au frontal en particulier, ou même des plaies encoré ouvertes donnant issue au produit d'une carie ou d'une nécrose. Au pourtour des cicatrices ou des plaies, les tissus, y compris l'os, sont épaissis ».

M. Arnould insiste en outre sur la présence fréquente de caries des os du nez ou d'ulcères chroniques ou guéris des fosses nasales, de l'arrière-bouche, avec ravages plus ou moins étendus sur le voile du palais, la luette et la voûte palatine. Quant aux douleurs nocturnes, on ne peut guère y attacher d'importance si l'on tient compte de l'insouciance des Kabyles pour tout ce qui touche aux soins les plus élémentaires de l'hygiène.

Les recherches auxquelles M. Arnould s'est livré, l'ont conduit à cette conclusion que la lèpre kabyle tient peut-

être toujours de la syphilis héréditaire. On ne trouve presque jamais de trace d'accidents primitifs ou secondaires.

En rangeant la lèpre kabyle parmi les accidents très éloignés de la syphilis, on pourrait s'attendre à la trouver accompagnée des lésions viscérales, syphilis du foie, etc., qu'on observe chez nous dans des cachexies syphilitiques. Il n'en est rien cependant ; M. Arnould s'explique ce fait en tenant compte de la tendance aux manifestations cutanées qui, avec l'influence de la malaria, domine toute la pathologie algérienne : « La lèpre kabyle, dit-il, est un ensemble d'accidents éloignés de la syphilis, dont le siège et la forme sont déterminés par la *diathèse cutanée* algérienne ». Un dernier argument en faveur de l'origine syphilitique de la lèpre kabyle est enfin fourni par les effets thérapeutiques qui ont été obtenus dans le traitement de cette maladie à l'aide de l'iodure de potassium : « L'iodure, dit l'auteur a été à la lèpre kabyle ce que le sulfate de quinine était aux affections palustres. Ce précieux agent a toujours été efficace et a quelquefois opéré des merveilles : des gommes colossales et de véritables exostoses ont fondu sous sa puissante influence ; des douleurs invétérées ont disparu, des ulcères désespérants se sont arrêtés et cicatrisés, la marche serpiginieuse des taches et des plaques dépressives a été enrayée, et les désordres cutanés réparés dans des limites satisfaisantes. » (1).

1. Extrait des *Archives générales de Médecine*, E. Follin et Ch. Laségue, septembre 1832, vol. II. V^e Série, tome 2), pages 353 et suivantes.

Syphilide pigmentaire. — Nous devons maintenant dire un mot de la syphilide pigmentaire. Peut-on, doit-on la considérer comme une forme, une variété de la leucomélanodermie ou plutôt de la mélanodermie syphilitique? Dans leur ensemble, les lésions sont identiques ; cependant nous sommes autorisés à les différencier par les caractères généraux suivants :

1° La syphilide pigmentaire est contemporaine des accidents secondaires ; elle survient dans le cours de la première ou de la deuxième année ;

2° Elle a un lieu d'élection : le cou ; une forme spéciale, *en dentelle* ;

3° Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme ;

4° Elle consiste en des bigarrures hyperchromiées ayant pris naissance en dehors de toute éruption ou ulcération antérieures ;

5° C'est une affection pigmentaire *primitive*, pigmentaire *d'emblée*, qui *naît pigmentaire* comme elle doit le rester plus tard (Fournier).

Le Dr Rey a remarqué que la syphilide maculeuse du professeur Fournier ou mieux la syphilide pigmentaire réticulée, existe chez la femme arabe en proportion peut-être plus grande qu'en France, puisqu'il l'a trouvée 16 fois sur 55 cas de syphilis.

On peut la considérer comme une forme précoce de la leucomélanodermie.

Vitiligo. — C'est surtout avec le vitiligo que la leucomélanodermie a pu prêter à confusion : « C'est ainsi, dit « M. le professeur Gémy, que j'ai bien souvent entendu « dire que le vitiligo était très commun chez les indigènes

« qui habitent Biskra et les oasis environnantes. Sans
« être absolument affirmatif puisque je ne connais pas
« la région, je ne crois pas cependant être trop témé-
« raire en avançant que c'est le pseudo-vitiligo, la leuco-
« mélanodermie, qui a été observée ».

Le vitiligo, comme l'albinisme, se rencontre bien dans le sud de nos possessions algériennes et surtout dans les oasis des Zibans, mais avec moins de fréquence qu'on serait tenté de croire au premier abord. Ces deux affections ont d'ailleurs été souvent confondues entr'elles et désignées communément sous le nom de *lèpre blanche*.

L'opinion qui s'appuie sur la comparaison que présente, dans quelques cas, la peau des malades atteints de vitiligo (*vitulus-veau*) avec la robe de jeunes veaux dont le pigment roux ou noir est parsemé de taches blanches, est assez rationnelle. Cette ressemblance s'accuse surtout quand les sujets atteints de vitiligo ont naturellement la peau très pigmentée (arabes) ou complètement noire (nègres) : dans ce cas, les taches décolorées tranchent très nettement sur le tégument sain voisin : c'est le cas pour toutes nos observations.

Le Cat, dans son *Traité de la couleur de la peau humaine*, cite plusieurs observations curieuses de « métamorphoses accidentelles du nègre en blanc » et de « blancs devenus nègres », qui sont de beaux cas de vitiligo, mais le mot lui-même de vitiligo ne figure pas dans son texte. Retenons au passage cette opinion qu'il émet, et sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir au chapitre de la pathogénie, que « le principe de ces couleurs est dans « les nerfs, dans les houppes nerveuses, dans les esprits ».

Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans une description complète et détaillée du vitiligo. Nous nous contenterons d'énumérer les principaux caractères qui le différencient de la leucomélanodermie :

1° Le vitiligo ne présente aucun caractère de spécificité ;

2° Il affecte de préférence les extrémités (doigts ou orteils, pieds et jambes, mains et avant-bras) et en général les parties découvertes du corps ;

3° Les altérations pigmentaires qu'il provoque sont symétriques ;

4° Il n'y a pas, comme dans la leucodermie syphilitique, cette sorte de refoulement du pigment d'un centre hypochromié vers la périphérie hyperchromiée. Il y a simplement disparition du pigment aux points envahis, non compensée par une accumulation de ce même pigment, dans les régions voisines. C'est une achromie pure et simple, une décoloration sans troubles apparents de la peau.

5° Le vitiligo semble être sous la dépendance de lésions nerveuses périphériques dues aux excitants vulgaires extérieurs : chaleur, froid, frottements et à certaines professions particulières aux Arabes (blanchisseurs, laveurs).

6° Dans aucun cas il n'est le résultat d'un processus cicatriciel.

Albinisme et Pinta. — A côté du vitiligo nous devons signaler l'*albinisme* et la *pinta* ; il n'y a pas lieu de nous étendre ici longuement sur les caractères de ces deux affections qu'on rencontre encore quelquefois dans le sud algérien et qu'on a désignées aussi sous le nom de *lèpre blanche* à cause de l'achromie qu'elles créent presque

toujours. D'après M. Raynaud, la *pinta* serait fréquent e dans le Souf saharien et se distinguerait du vitiligo et des cicatrices syphilitiques par une fièvre de trois semaines, une période d'affaissement de un à deux mois, des démangeaisons, de la desquamation furfuracée et des plaques blanches ou rouges se produisant au niveau des plaques desquamantes.

L'*albinisme* se rencontre total ou localisé, avec des îlots de peau saine plus ou moins étendus, chez les Arabes, les Mozabites, les Biskris, Berbères, Nègres, tous musulmans ou juifs convertis à l'Islamisme. On reconnaît très facilement le juif au milieu de ces races diverses, même s'il est mêlé depuis longtemps avec les musulmans, car outre son aspect extérieur (vêtements, facies, etc.), il a conservé la blancheur de sa peau.

Lèpre vraie. — Il est une affection, encore peu connue en Algérie des médecins qui y exercent et sur laquelle Zambaco a récemment appelé l'attention du monde savant, c'est la lèpre.

Cette maladie avait été signalée en Algérie par Guyon, Gaudineau, Deleau, etc., mais nous savons que leurs observations sont loin d'être probantes et qu'ils ont souvent confondu la lèpre avec la syphilide tuberculeuse, l'albinisme ou le vitiligo.

Nous savons aussi que J. Arnould et Vincent ont appelé *lèpre Kabyle* la syphilis se manifestant par de graves ulcérations laissant après elles des cicatrices blanchâtres qui, sur la peau bronzée des indigènes persistent après la guérison des gommies ou des tubercules syphilitiques :

c'est là notre leucomélanodermie. La lèpre vraie, la lèpre tuberculeuse ou anesthésique, existe toutefois en Algérie : « Je dois dire que la lèpre tuberculeuse est « loin d'être rare à Alger. Les juifs indigènes en pré-
« sentent un certain nombre d'exemplaires. Nous avons,
« de plus un foyer lépreux d'importation espagnole, qui
« commence à prendre une importance assez sérieuse,
« puisque depuis 1888, il m'en a fourni onze cas, et qu'à
« l'heure actuelle, j'en ai encore deux récemment entrés
« dans mon service. Tous ces lépreux, qui viennent des
« villages situés entre Alicante et Valence, appartiennent
« certainement au même foyer qui a été mentionné dans
« les *Annales de Dermatologie*, 1888, page 390, par le
« Dr Zuriaga. Tous présentent la forme tuberculeuse. » (1)

Cette lèpre existe-t-elle chez les indigènes musulmans de l'Algérie ? Le professeur Gémy a communiqué au Congrès de Dermatologie de 1894, le fait d'un Kabyle atteint de lèpre mutilante typique diagnostiquée telle par Leloir, de Lille. En dehors des quinze ou vingt Espagnols lépreux qui habitent Alger et qui viennent tous des environs d'Alicante, MM. Gémy et Raynaud ont pu recueillir un certain nombre de cas de lèpre chez les indigènes. Le Dr Legrain, de Bougie, en a signalé trois cas, les D^{rs} Leroy, Vincent, Haffner, etc., en ont aussi observé. L'examen bactériologique a confirmé le diagnostic dans plusieurs de ces cas.

Il y avait intérêt à savoir si la lèpre vraie existait chez les indigènes musulmans de l'Algérie, car les documents

1. A. Gémy. *Bulletin médical de l'Algérie*. 10 octobre 1894.

qui en font mention dans la littérature médicale, ont incontestablement confondu avec la lèpre vraie, certaines formes de syphilis mutilante, si nombreuses en Algérie. Nous croyons avoir définitivement établi que la lèpre dite Kabyle par le professeur Arnould et quelques autres médecins militaires qui écrivaient au moment de la conquête de la Kabylie, n'était qu'un résidu syphilitique se présentant sous forme de leucomélanodermie. « Jusqu'à
« présent, dit le professeur Gémy, les diverses maladies
« qualifiées *lèpre* par les auteurs qui ont traité ce point
« de pathologie indigène, doivent être certainement res-
« tituées à la syphilis. Il est aussi infiniment probable
« que j'ai dû méconnaître quelques cas de lèpre tuber-
« culeuse que j'ai peut-être confondus avec la syphilis,
« car il n'est pas facile de retenir un indigène quelque
« temps dans une salle d'hôpital. »

Il n'y a pas lieu de nous étendre ici sur les caractères d'une maladie aujourd'hui mieux étudiée, mieux connue et à l'ordre du jour, et de nous arrêter sur une confusion que la découverte du bacille de Hansen a fait cesser en principe.

En ce qui concerne la lèpre à Alger, on trouvera dans la thèse de notre collègue et ami le Dr Barrillon (1), la relation détaillée des cas de lèpre vraie observés là et dans les environs depuis une dizaine d'années.

Sclérodermie. — Il est une maladie assez fréquente en Algérie, et qui a bien des points communs avec l'affec-

1. L. Barrillon. *La lèpre à Alger*. Thèse de Paris, 1893.

tion qui nous occupe : c'est la sclérodémie. Elle s'accompagne souvent en effet de pigmentation anormale, la peau prend en certains points, une teinte brune très foncée, qui a pu faire croire aussi à une maladie d'Addison, avec cette différence qu'ici les muqueuses ne présentent jamais de coloration anormale.

Le plus souvent, certaines régions sont seules atteintes et on ne peut saisir de relation évidente entre les taches pigmentaires et les plaques scléreuses. A côté de cette coloration brune observée surtout au cou, à la nuque, sur les cuisses, sur l'abdomen, sur le dos et qui, malgré les affirmations contraires, teinte parfois le scrotum et les grandes lèvres, on constate aussi des taches, des mouchetures, des plaques, des bandes plus ou moins régulières de vitiligo, dont la blancheur contraste avec la pigmentation voisine.

Mais elle diffère essentiellement de nos lésions.

a. — Anatomiquement par l'état de la peau qui a perdu sa souplesse, qui est dure, sèche, résistante, criant sous le scalpel, adhérente aux parties sous-jacentes, éléphantiasique, quelquefois infiltrée ;

b. — Physiologiquement par des altérations plus ou moins marquées des fonctions de la peau, au niveau des plaques de sclérodémie (glandes sudoripares, glandes, sébacées, terminaisons nerveuses, etc.).

c. — Microscopiquement par l'existence d'une sclérose de la peau et du tissu cellulaire ; une néoformation de tissu fibreux, par des altérations pouvant intéresser tout ou partie des éléments de la peau.

d. — Morphologiquement par sa symétrie, sa régularité,

sa tendance à l'envahissement général, sa généralisation à tout le tégument externe, sa prédilection marquée pour les extrémités.

c. — Par son étiologie obscure : état cachectique vague, arthritisme, scrofule, misère, troubles menstruels, accouchements, traumatismes, etc., et sa nature (1) qui, d'après M. Besnier, est à peu près inconnue, mais qu'il est permis de mettre sur le compte de lésions nerveuses.

Ces bandes, ces plaques luisantes, amincies, dures, cette peau immobile, adhérente, sans rides, semblable à du parchemin tendu, qu'on ne peut plisser, l'aspect particulier des doigts (sclérodactylie), la symétrie des lésions le masque sclérodérinique, etc, sont des éléments largement suffisants pour établir le diagnostic certain de sclérodermie.

Signalons enfin l'inefficacité du traitement spécifique.

Maladie d'Addison. — Dans la maladie d'Addison, la coloration bronzée de la peau est formée d'abord de taches brunâtres ; plus tard elle devient générale, à peu près uniforme et rappelle la teinte du mulâtre (Martineau). La teinte est plus accusée au mamelon, au scrotum, sur les cicatrices de vésicatoires. Parfois des taches plus fortement pigmentées se détachent sur le fond uniformément bronzé ; parfois aussi il y a des places où le pigment manque complètement comme dans le vitiligo. La pigmentation atteint aussi quelques muqueuses : les lèvres, les gencives, la langue, la face interne des joues sont

1. Machtou, *Nature de la Sclérodermie*. Thèse de Paris, 1893.

marbrées de taches noires qui rappellent l'intérieur de la bouche de certains chiens (Trousseau).

Il est rare que la mélanodermie soit le symptôme initial de la maladie : ce fait ne s'est présenté que six fois sur 144 observations rapportées par Jaccoud.

Mais l'asthénie profonde, les douleurs, les vomissements, une cachexie particulière, joints à ces altérations de coloration de la peau, en l'absence de toute trace de syphilis, ne permettent plus la confusion.

La tuberculose ou le cancer peuvent quelquefois être dépistés, l'évolution est généralement assez courte et la mort est toujours la conséquence, à assez brève échéance, de cette curieuse maladie.

La mélanodermie est due ici à une hypergénèse ou à une altération pigmentaire par excitation des nerfs trophiques localisés dans les capsules surrénales et probablement aussi par altérations réflexes du sympathique lombéo-abdominal.

Scrofule. — Les lésions cutanées scrofuleuses, ont beaucoup d'analogie avec les lésions cutanées syphilitiques et, comme chez les indigènes l'association de ces deux diathèses est souvent fréquente, on conçoit qu'il est quelquefois bien difficile de déterminer ce qui appartient à l'une et ce qui appartient à l'autre.

Les arabes appellent la scrofule *Kenazir* (cochon), n'est-ce pas du latin *scrofa* (trouie) que nous avons tiré le nom de cette même maladie ? Il faut dire que la scrofule est moins fréquente qu'on ne l'a prétendu dans la population musulmane. En pays montagneux (Aurès Kaby-

lie) la syphilis héréditaire, les privations, le climat, emportent de bonne heure les enfants les plus débiles ; il se forme une sélection d'individus vigoureux et la scrofulose est peu répandue. Cette affection s'associe à la syphilis et forme sous cette combinaison morbide une assez grande part de la pathologie algérienne. (L. Raynaud).

Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser de la scrofulose et, bien que ce mot ne soit pas encore officiellement rayé du langage médical on est à peu près d'abord sûr la signification qu'il doit avoir. Bon nombre de soi-disant scrofulides doivent être mises sur le compte de lésions tuberculeuses, lésions bacillaires, ou sur le compte de la syphilis et surtout de la syphilis héréditaire qui a pris, pour son compte une large part des anciennes scrofulides. Bien des erreurs ont été commises tant qu'on n'a pas connu la syphilis héréditaire tardive.

Ainsi le démembrement de la scrofulose est définitivement fait au profit de la tuberculose d'une part et surtout de la syphilis d'autre part. Mais tuberculose et syphilis peuvent évoluer ensemble. Les altérations pigmentaires survenant à l'occasion et sous l'influence des scrofulides sont rares. Nous n'avons jamais noté d'hyperchromie, les cicatrices sont généralement achromiques. Les scrofulides sont à la tuberculose ce que les syphilides sont à la syphilis ; le lupus est à l'une ce que le syphilide pigmentaire est à l'autre. Sans avoir aucun lien de parenté, ces lésions évoluent d'une façon parallèle et identique, mais nous pensons que les caractères suivants suffisent à éviter la confusion ;

1° Les scrofulides sont de nature tuberculeuse, bacillaire.

2° Elles sont une manifestation diathésique plus rare que les syphilides.

3° Elles existent souvent avec une tuberculeuse pulmonaire (loi de Louis), ou quelque affection tuberculeuse voisine ou éloignée.

4° Les ulcérations scrofulieuses sont grisâtres, à bords déchiquetés, mâchurés, mous, œdématiés, de mauvais aspect.

5° Leurs cicatrices sont le plus souvent blanchâtres, sans pigmentation (achromie pure et simple), rayonnées.

6° Elles sont l'apanage des tout jeunes enfants et des adolescents.

7° Ces dermatoses ont pour sièges de prédilection la tête (cuir chevelu), la face, le cou, sans forme déterminée spéciale.

8° Elles sont surtout érythémateuses, vésiculeuses et pustuleuses, prenant souvent une teinte violacée.

9° La recherche et la découverte du bacille de Koch permet d'affirmer un diagnostic hésitant.

10° Le traitement anti-syphilitique est sans résultat, tant au point de vue de l'état général que de l'évolution des scrofulides.

Nous ne croyons pas devoir insister ici sur le diagnostic différentiel des lésions qui nous occupent avec toute la série interminable des lésions cicatricielles pouvant résulter d'ulcères non syphilitiques. Ce serait, il nous semble, nous éloigner beaucoup trop de notre sujet, et risquer de

le perdre bien vite de vue en tombant dans des répétitions banales et sans aucun intérêt.

Bornons-nous donc à dire que, en dehors des affections précédentes que leur importance, leur fréquence et leurs analogies dans leur retentissement sur le système tégumentaire nous forçaient de mentionner au moins brièvement, en dehors de ces affections, il n'en n'est guère dont le diagnostic pathogénique et étiologique rigoureux puisse laisser le moindre doute sur la nature ou la provenance des lésions cutanées qu'elles peuvent laisser après elles.

CHAPITRE V

Anatomie et histologie pathologiques. Pathogénie.

Dans les régions atteintes et recouvertes de placards de leucomélanodermie, la peau, avons-nous dit a conservé, macroscopiquement tous ses caractères anatomiques et physiologiques normaux, à cela près bien entendu des altérations pigmentaires. Elle est souple, molle, élastique et rétractile ; elle ne crie pas à la coupe sous le scalpel. Les pelotons de graisse qui remplissent les aréoles du derme sont en partie résorbés, ce qui a pu faire dire qu'il y avait atrophie de la peau.

Le tissu cellulaire sous-cutané est normal ; pas de régions œdémateuses, pas d'adhérences aux parties sous-jacentes, aux aponévroses, muscles, périoste. Voyons ce que nous révèle le microscope.

Avec M. le Dr Murat, de l'Institut Pasteur d'Alger, nous procédons, le 21 septembre 1897, à la biopsie de Tayebben-Zerouk dont l'histoire fait l'objet de l'observation XIII.

Avec un biotome fin nous enlevons un morceau de peau, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, à cheval sur la peau saine et sur la surface leucomélanoder-

mique d'un placard complètement cicatrisé, dans la région de la fesse gauche.

La pièce est mise immédiatement dans un flacon de liqueur

1° de Van-Swieten. Elle y macère 24 heures, puis et successivement dans,

2° alcool à 60°. Elle y macère 24 heures.

3° Alcool à 90° avec 1 goutte de teinture d'iode, 24 heures.

4° Alcool absolu avec 1 goutte de teinture d'iode, 24 heures.

5° Xylol pur avec 1 une goutte de teinture d'iode, 24 heures à l'étuve à 38°.

6° Xylol paraffiné avec 1 goutte de teinture d'iode, 24 heures à l'étuve à 38°.

Placée ensuite dans un bain de paraffine fondue, puis moulée, la pièce est, après refroidissement, débitée en coupes perpendiculaires à la surface de la peau. On peut examiner les préparations telles qu'elles, ou mieux encore les colorer soit au picro-carmin, soit à l'hématoxyline.

Voici ce que nous avons pu voir à un grossissement moyen :

Les couches superficielles de l'épiderme, la couche cornée, la couche transparente et la couche granuleuse n'ont rien présenté qui mérite d'être signalé, et nous ont paru normales.

C'est dans le corps muqueux de Malpighi que les altérations pigmentaires apparaissent nettement, principalement au niveau des papilles du derme, dans la couche

basilaire ou génératrice. Les papilles, dans la région décolorée, sont entièrement dépourvues de pigment.

D'autres en sont normalement chargées (par comparaison avec un morceau de peau saine du même individu).

Plus loin, dans la portion hyperpigmentée, sont des traînées pigmentaires situées, en proportion anormale, non seulement au niveau des papilles du derme, mais encore dans les cellules du corps muqueux et dans les espaces lymphatiques, à la limite de la zone de leucodermie. Par places, le pigment présente une densité extrême et forme des amas polymorphes, le plus souvent étoilés. Quelques grains noirs s'étendent plus ou moins loin jusque dans les espaces aréolaires du derme, sans atteindre le tissu conjonctif.

La coloration en elle-même varie, et, du noir bistré au jaune clair, présente tous les tons intermédiaires. Ce fait est naturellement le résultat de la condensation, de l'accumulation plus ou moins grande du pigment, dont un grain isolé présente une coloration jaune clair.

Les vaisseaux, les nerfs, les glandes n'ont rien présenté de particulier.

Les poils présentaient les altérations que nous connaissons déjà.

De son côté, M. le Dr H. Vincent, médecin major attaché au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey, a bien voulu se charger de l'étude histologique des pièces biopsiées par M. Gémey sur les sujets de ses observations (Observations VI, VII, VIII). Nous transcrivons ici la relation de ses recherches :

Après durcissement dans la gomme et l'alcool, les frag-

ments biopsiés ont été divisés en coupes ; celles-ci, étudiées après coloration au picro-carmin ou à l'hématoxyline, ont présenté les altérations suivantes :

A un grossissement faible (oculaire 4 ; objectif 2, Verick), on aperçoit aisément la limite qui sépare la plaque décolorée de la peau, de la zone cutanée normale. Dans cette dernière, les cellules cylindriques qui constituent la couche profonde du corps muqueux de Malpighi et qui sont implantées sur le derme, sont très riches en pigment, quelques-unes d'entre elles sont même totalement noires. Il y a certainement une exagération de la pigmentation normale. En outre, au centre des papilles dont on voit la section oblique ou perpendiculaire, il existe des accumulations pigmentaires, tantôt libres, tantôt intra-cellulaires, et parfois aussi très accusées. Les cellules pigmentées sont anastomosées, et quelques-unes offrent un aspect étoilé, comme les cellules du tissu conjonctif de la choroïde.

Dans le derme, et parfois à une distance assez grande de la couche malpighienne, sont des traînées plus ou moins abondantes de pigment noir ou brun, formé de grains volumineux et irréguliers, distribués dans les espaces conjonctifs ou lymphatiques, ou le long des capillaires.

La *portion décolorée* de la peau n'offre aucune trace de pigment, soit dans la couche basale du réseau muqueux, soit dans le chorion ou au niveau des papilles.

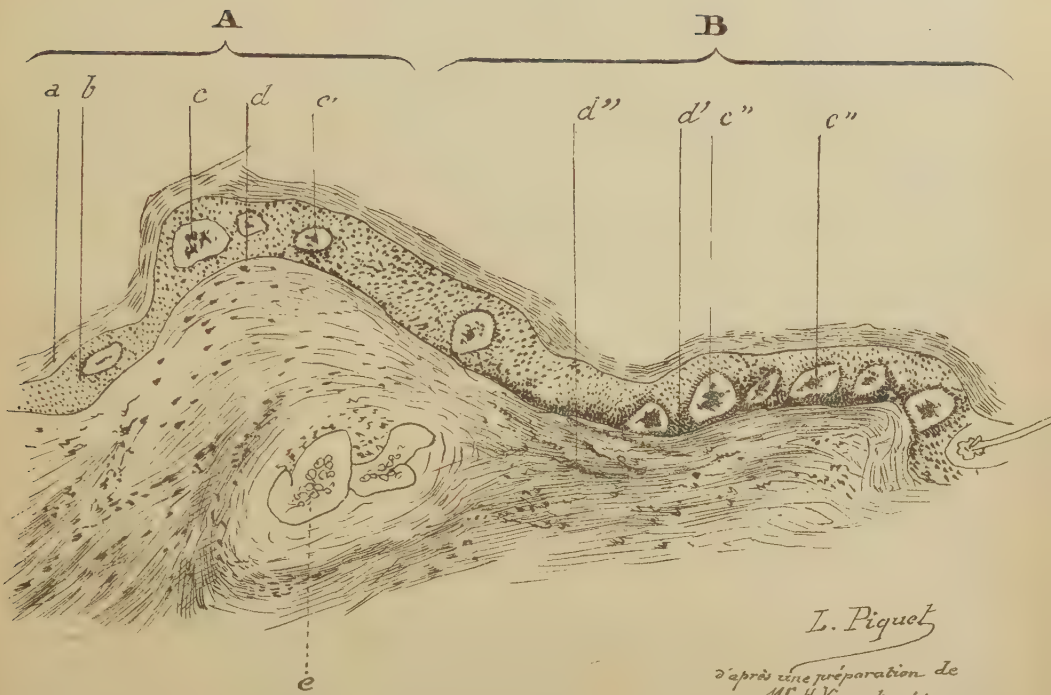
Étudiées à un plus fort grossissement, les préparations montrent par quelles transitions passe successivement la dépigmentation de la peau. Il a paru que la zone non décolorée contient une proportion de pigment plus considéra-

ble qu'à l'état normal ; cette hyperchromie porte principalement sur la couche profonde du réseau de Malpighi et sur les cellules intra-papillaires. La plupart de ces cellules sont entièrement truffées de grains noirs ou bruns, de volume inégal, qui marquent non seulement le noyau et le nucléole, mais encore le protoplasme lui-même de la cellule.

Dans la partie sous-papillaire du chorion, on a déjà signalé des flots ou des bandes allongées de cellules migratrices dont quelques-unes sont chargées de pigment. Peut-être la disparition du pigment dans les parties leucodermiques est-elle due au travail de ces cellules qui vont le chercher au voisinage du réseau muqueux et le charrient ensuite dans les profondeurs du derme. Je dois dire cependant qu'ayant fait des coupes de la peau normale chez d'autres arabes, j'ai constaté également la présence du pigment, quoique en proportion moins abondante, dans le chorion lui-même.

Il importe encore de noter que le pigment peut se trouver aussi à l'état libre, au milieu des flots cellulaires signalés, sous forme de blocs ou de granulations plus ou moins volumineuses et informes.

Lorsqu'on approche de la portion décolorée du tégument, on voit diminuer la pigmentation ; les cellules basales du corps muqueux sont de moins en moins noires, il semble que l'achromie débute en premier lieu par elles. A la limite de la plaque, ces cellules ne renferment plus qu'une fine poussière brune ou jaunâtre, puis la pigmentation cesse. En ce dernier point cependant, on peut



A Zone cutanée décolorée.

B Peau normale.

- a. couche cornée
- b. corps muqueux de Malpighi. Les papilles c c' à gauche
 } de la fig. sont entièrement dépourvues de pigment.
 } Les papilles c'' c'' en sont normalement chargées. —
- d. couche profonde des cellules de Malpighi.
- d' la même pigmentée. A droite de la fig.
- d'' Trainées pigmentaires situées en proportion normale
 dans les espaces lymphatiques à la limite de la zone
 de leucodermie.
- e. Glande sébacée.

encore observer dans le chorion sous-jacent, des traînées pigmentaires même assez abondantes.

Plus loin toute trace de pigment a entièrement disparu partout. C'est à peine s'il existe ça et là un groupe de quelques cellules de la couche profonde du corps muqueux qui contiennent encore quelques granulations noires.

Les poils sont moins pigmentés dans les plaques leucodermiques que dans la partie saine de la peau, mais le pigment n'a pas entièrement disparu.

Par ailleurs, il n'existe pas d'altération anatomique bien particulière des éléments de la peau. La couche cornée est normale ; la couche muqueuse n'a pas semblé amincie ni atrophiée.

Tout au plus doit-on noter, par place, la disparition de la couche granuleuse et la diminution de nombre et de volume des gouttelettes d'éléidine.

Les papilles sont un peu effacées, mais elles ne sont pas réduites, comme dans le vitiligo ordinaire, à une ligne presque horizontale.

Le tissu dermique, les glandes sudoripares, les glandes sébacées, les vaisseaux capillaires n'ont rien présenté qui mérite d'être signalé (H. Vincent).

S'il est un point obscur dans l'histoire de notre affection, c'est bien la question de sa pathogénie. C'est à peine s'il est permis, à ce sujet, de formuler quelques hypothèses, car l'on ne peut s'appuyer sur rien pour affirmer un processus quelconque.

L'ulcération syphilitique, voilà le point de départ ; le placard de leucomélanodermie, le point d'arrivée ; ma-

microscopiquement nous avons pu suivre les intermédiaires au chapitre de l'évolution. Pouvons-nous essayer d'enpénétrer le processus intime ? Pourquoi et comment ces altérations pigmentaires se sont-elles constituées ? Par quel processus et sous quelles influences le pigment a-t-il disparu en certains points pour être ensuite accumulé en d'autres ? Quelle est la cause en un mot de ce transfert et de ces mutations ?

Ces troubles curieux de la pigmentation ne se font pas seulement sur l'aire même des ulcérations, mais aussi à leur pourtour et dans leur voisinage. Ces troubles sont-ils donc indépendants de la lésion ? Une observation nous montre qu'ils peuvent apparaître en dehors de toute ulcération et d'ailleurs toutes les ulcérations syphilitiques qui arrivent à la cicatrisation ne laissent pas d'altérations pigmentaires après elles ?

La cause est certainement plus générale, disons de suite qu'elle est inconnue. Sans nous attarder sur le domaine de la théorie, on peut cependant essayer de grouper sous les chefs suivants les causes probables, sinon certaines de ces troubles singuliers.

Peut-on mettre sur le compte d'une trophonévrose, d'origine centrale ou périphérique, ces troubles bizarres de la pigmentation cutanée, et dire que l'on se trouve en présence d'une achromie et d'une hyperchromie trophonévrotiques sous la dépendance de la syphilis ? Nous ne le pensons pas car, en l'absence de toute altération nerveuse constatable cliniquement ou microscopiquement, il est bien difficile de se prononcer en faveur de cette théorie. A ce propos, il est une remarque intéressante à

faire ici. Le système nerveux semble moins sensible à l'influence de la syphilis chez l'Arabe, comme aussi à l'influence des autres maladies infectieuses. Le délire et les complications cérébrales sont très rares chez eux, et la neurasthénie que la syphilis, la blennorrhagie, et en général les maladies des organes génitaux provoquent si souvent chez l'Européen, est absolument inconnue du musulman (L. Raynaud). Cette sorte de résistance des indigènes est-elle due à leur défaut absolu de travail cérébral et à leur continence sous le rapport de l'alcool? Il faut l'admettre. Nous avons pu observer, en effet, chez les rares malades indigènes qui, ayant rompu, à des degrés divers, avec les préceptes un peu trop tyranniques du Coran, pour faire la paix avec l'alcool, en manière d'assimilation et de mode nouvelle, des syphilis à manifestations cérébro-spinales graves. C'est là un point de pronostic fort intéressant que le professeur Gémy a déjà essayé de mettre en lumière dans ses mémorables leçons sur les facteurs de gravité de la syphilis.

Nos recherches micrographiques, malgré tout le temps, tout le soin et toute la patience que nous leur avons consacrés, ne nous ont pas permis de découvrir cette cause mystérieuse dans le sens que nous avions supposé, c'est-à-dire d'une *vascularite primitive* des capillaires du derme. Les lésions vasculaires, comme les lésions nerveuses d'ailleurs, si elles existent, nous ont échappé.

N'était-il pas cependant rationnel, *a priori*, de songer à une altération des parois vasculaires par un sang contaminé, puis à des extravasations sanguines, diffuses et plus ou moins étendues. La résorption faite, seules les granu-

lations pigmentaires du sang auraient persisté dans les couches profondes du derme ?

Et n'est-ce pas un peu ce qui se passe dans le cerveau des paralytiques, généraux, pour la plupart syphilitiques ? La trace des extravasations sanguines ne reste-t-elle pas dans la substance cérébrale sous forme de trainées pigmentaires ocre, rouge, brunes, ou noires ?

Nous le répétons, ce ne sont là que des hypothèses mais hypothèses qui nous paraissent si vraisemblables que, jusqu'à plus ample informé, nous devons les admettre et nous en contenter.

CHAPITRE VI

Considérations générales sur le pronostic et le traitement, en particulier chez les indigènes de l'Algérie.

Tous les auteurs s'accordent à admettre la gravité des manifestations de la syphilis chez l'indigène algérien :

« Je crois qu'il n'existe dans aucun hôpital de l'Europe des exemples plus affreux que ceux que j'ai journellement sous les yeux », écrivait Deleau en 1842. Il faut lire les descriptions de Vincent, Leclerc, Berthezand, etc., pour avoir une idée de l'horreur qu'inspire la vue des ulcérations phagédéniques que portent ces malades sans se plaindre. Aussi le nom de *lèpre* avait-il été donné à ces manifestations de la syphilis indigène algérienne pour en donner une idée plus horriblement exacte.

Aujourd'hui encore on rencontre, loin des grands centres, dans les *douars* et dans les *gourbis*, des syphilis aussi graves :

« Les lésions de la syphilis sont très graves et très étendues aussi chez les Aurésiens et les Kabyles. Nous avons vu des gommès et des ulcères horribles, comme

« on en rencontre rarement à l'heure actuelle dans les
« pays civilisés, et dont la lecture des auteurs du xv^e
« siècle peut seule donner une idée » (Raynaud).

Pour le professeur Gémy si les manifestations cutanées de la syphilis Kabyle en particulier, et les véroles indigènes en général, sont plus graves que celles des Européens, « cela tient à ce qu'elles ne sont pas traitées et
« que la virulence de cette syphilis se conserve intacte,
« alors que la syphilis européenne est plus ou moins atté-
« nuée par le traitement presque toujours suivi ; c'est la
« graine non atténuée et non pas le terrain, qui fait la
« gravité de la syphilis ». (1).

Les médecins militaires, les médecins qui exercent dans l'intérieur et avec eux M. le professeur Rey d'Alger, pensent que les conditions d'hygiène défectueuse, la misère, l'alimentation insuffisante, la malaria, la scrofule, en un mot toutes les causes morbides surajoutées, ainsi que le manque de soins, contribuent dans leur ensemble à aggraver les manifestations de la syphilis chez les indigènes de l'Algérie.

On peut dire, d'une façon générale, que la gravité de cette syphilis tient à ce que ces individus *se soignent mal ou trop peu de temps*. Ils ne se décident à venir à l'hôpital que lorsque tous les remèdes de leurs *taleb*s ou *mara-bouts* ont échoué ; que lorsque la persistance, l'étendue, la progression des ravages finissent enfin par heurter leur insouciance, leur indifférence, leur brutalité, leurs instincts fatalistes. Et puis, à peine soumis au traitement,

1. A. Gémy. *Facteurs de gravité de la syphilis*.

améliorés ou blanchis, ils se croient providentiellement guéris, demandent à partir ou se sauvent, retournant semer parmi les leurs quelques nouveaux foyers de contagion.

Pourtant ils connaissent fort bien les propriétés de l'iodure et l'emploient volontiers chez eux. L'ioduré en effet, agit merveilleusement chez ces individus vierges de tout traitement. Des solutions même très diluées agissent rapidement chez eux; ils sont très sensibles à cette drogue que les pharmaciens leur vendent dans des bouteilles d'un litre auxquelles ils adaptent une cuillère en bois, chaque cuillerée renfermant un gramme d'iodure. Malheureusement, dès qu'ils voient leurs accidents s'amender, ils cessent le traitement, par ignorance d'abord, par avarece ou pauvreté ensuite, quand ce n'est pas par insouciance et l'affection suit naturellement son cours, reproduit des manifestations plus ou moins graves, répandant sur son passage l'infection à coup sûr (Raynaud).

En dehors du traitement par l'iodure, les indigènes usent couramment des fumigations de benjoin contre les ulcères spécifiques.

Le Dr Vincent rapporte que certains kabiles du Djurdjura font des fumigations de cinabre. Le même fait a été affirmé à M. Raynaud pour les habitants de l'Aurès, par M. Boisse, pharmacien à Batna, qui lui a maintes fois raconté que des indigènes étaient venus lui demander du cinabre et même du mercure métallique pour en faire des fumigations contre la « *grande maladie*. »

« Malgré tous nos efforts et toutes nos recherches, dit « M. Raynaud, nous n'avons pu obtenir des *taleb*s et des

« *cheicks* du pays, la confirmation de cette pratique qui
« doit être certainement peu répandue. Il existe bien, dans
« l'Aurès, à Taghit, des mines de mercure; mais, d'après le
« gardien de l'exploitation, si les indigènes viennent voler
« du minerai, c'est moins pour faire des fumigations anti-
« syphilitiques que pour en retirer le plomb argentifère
« qu'il contient en quantité notable. »

Les indigènes connaissent aussi les vertus des eaux chaudes sulfureuses. Ils se rendent en grand nombre à Biskra où se trouve une source (Hammam-Salehine, Bains-des-Saints) qui aurait de grandes propriétés dans les manifestations spécifiques et les douleurs rhumatoïdes (L. Raynaud).

Enfin, ils font aussi usage de certaines herbes sauvages dont les propriétés se rapprochent beaucoup de celles des différentes *salsepareilles*.

Les indigènes ne manquent donc pas de moyens pour se soigner : ils commencent volontiers le traitement, toujours un peu tard il est vrai, mais ils sont incapables de le continuer pendant le temps nécessaire, c'est-à-dire toujours. Deux conditions sont indispensables pour arriver à de bons résultats : la rigueur dans l'institution et la rigueur dans l'observation très longtemps, pour ne pas dire toujours continuée d'un traitement bien approprié. Or, nous le répétons, il est très difficile chez les indigènes de pouvoir toujours réunir ces facteurs essentiels de succès. Chez eux, il n'y faut pas compter et, quand ils viennent à l'hôpital, ils n'y séjournent guère plus d'un mois à six semaines. Satisfaits de l'amélioration rapide et

relativement considérable d'un état naguère déplorable, ils quittent l'hôpital et abandonnent tout traitement.

On les voit revenir, trois mois, six mois, un an plus tard, avec de nouveaux accidents sinon plus, au moins aussi horribles que les précédents, et parfois plus étendus que les premiers.

Voilà malheureusement à quoi on se heurte en Algérie, dans l'entreprise à l'encontre de la syphilis indigène, d'un traitement dont l'efficacité, la spécificité s'affirme d'une façon véritablement remarquable, bien plus que partout ailleurs !

Que deviendrait la gravité du pronostic si l'on avait la possibilité de pouvoir appliquer comme il convient un traitement qui fait merveille chez ces individus ! De l'extrême gravité on en arriverait bien vite à l'extrême bénignité ! C'est aux médecins à réunir toute leur patience et tous leurs efforts pour combattre un fléau auquel on a déjà porté de sérieuses atteintes.

L'iodure et le mercure avons-nous dit agissent admirablement chez ces individus vierges de tout traitement.

C'est aussi à leur sobriété qu'est due sans doute la rapidité incroyable avec laquelle agit le traitement spécifique sur les lésions les plus étendues. Avec des doses infimes d'iodure, même sans mercure, les manifestations tertiaires disparaissent comme escamotées. Le Dr Gémey pense que l'alcool a une action empêchante sur le mercure et de fait, les Arabes des villes qui, négligeant les préceptes du Coran, boivent ou s'enivrent à plaisir, guérissent moins facilement et moins vite par le traitement

mercuriel, que leurs coreligionnaires plus fidèles aux préceptes de tempérance rigoureuse de Mahomet.

Sous l'action intensive du traitement spécifique mixte à prédominance iodurée, institué systématiquement chez tous nos malades, nous avons pu voir en quelques semaines, des améliorations et des résultats qui firent souvent croire, chez ces pauvres ignorants, à de véritables miracles.

« L'iodure, dit enfin M. Arnould, a été à la lèpre kabyle ce que le sulfate de quinine était aux affections palustres. Ce précieux agent a toujours été efficace et a quelquefois opéré des merveilles. Des gommes colossales et de véritables exostoses ont fondu sous sa puissante influence... des douleurs invétérées ont disparu ; des ulcères désespérants se sont arrêtés et cicatrisés ; la marche serpentine des taches et des plaques dépressives a été enrayée et les désordres cutanés réparés dans des limites satisfaisantes (1).

L'iodure de potassium seul semble jouir de ces remarquables propriétés. En effet, l'iode et tous les autres iodures ne donnent pas des résultats aussi complets et surtout aussi rapides. Il semble rationnel d'attribuer au potassium, pour ces cas particuliers, une action prépon-

1. En mai 1893, le Gouvernement, ému à juste titre des ravages de la syphilis chez les Indigènes de l'Algérie, a prescrit, dans une circulaire adressée aux Préfets, qu'il existât dans les communes mixtes du territoire algérien, des dépôts permanents d'iodure de potassium, comme il l'avait fait antérieurement pour le quinine. Ces médicaments sont distribués gratuitement aux malades, sur ordonnance des médecins communaux ou de colonisation.

dérante s'exerçant non seulement sur l'épithélium rénal mais encore sur le milieu sanguin lui-même. Des recherches approfondies mériteraient d'être faites en ce sens.

Le traitement institué vis-à-vis de nos malades a été le traitement intensif mixte, à prédominance iodurée, suivant l'âge et la gravité des syphilis en présence desquelles nous nous sommes trouvés. Les ulcérations (syphildes, ulcères, gommès, etc), ont été recouvertes de bandelettes d'emplâtre de Vigo.

L'iodure de potassium a été donné à doses progressivement croissantes, de deux à douze grammes, selon les cas, en augmentant de un gramme par jour, avec périodes de repos variant de huit à vingt-cinq jours après les plus fortes doses, et reprises ensuite dans le même ordre.

Le mercure a été donné tantôt en frictions (six grammes d'onguent napolitain par jour pendant quatre jours, repos de quatre jours et reprise), tantôt et plus souvent sous forme de calomel en injections intra-musculaires dans la fesse, de cinq centigrammes. La formule suivante nous a donné de bons résultats :

Calomel.	5 grammes
Huile d'olive stérilisée . . .	100 —

Ces injections ont été faites à 5 centimètres de profondeur, dans le gras de la fesse, toutes les semaines pendant le premier mois ; tous les quinze jours pendant le second mois ; tous les mois ensuite, chez tous ceux que nous avons pu suivre assez longtemps.

Les accidents hydrargyriques ont toujours été prévé-

nus par des soins minutieux de la bouche (lavages bori-
qués et gargarismes chloratés) et des dents (poudre de
quina), et les rares stomatites que nous avons eues
ont été très légères.

Nous n'avons jamais observé d'accidents locaux.

Les résultats ont toujours été très satisfaisants ; ils ont
même souvent dépassé nos espérances et la guérison de
tous les malades que nous avons pu retenir assez long-
temps, est venue affirmer une fois de plus la nature syphi-
litique des lésions.

CHAPITRE VII

Conclusion.

Pour nous résumer, et en manière de conclusion, nous dirons :

1° L'affection qui fait le sujet de cette thèse est bien celle que les médecins militaires, avec M. Arnould, ont étudiée sous le nom de lèpre kabyle, soit par confusion, soit par défaut d'autre appellation.

2° Ces lésions ont une physionomie propre et méritent une place à part dans le cadre de la pathologie cutanée, au chapitre des dyschromies spécifiques.

3° Elles sont de nature essentiellement syphilitiques et contemporaines des accidents tertiaires.

4° La syphilide pigmentaire peut être considérée comme une de leur variété, dans leur apparition précoce, particulièrement chez la femme.

5° Elles n'ont aucun lien de parenté avec le vitiligo, la épre tuberculeuse ou anesthésique, la sclérodermie, la scrofule, et encore moins avec les cicatrices banales, ordinaires.

6° Il ne semble pas non plus qu'elles peuvent être le

résultat d'une achromie et d'une hyperchromie tropho-névrotiques, mais plutôt d'un travail cellulaire, d'ordre vasculaire, dont le processus intime nous échappe parce qu'il dépend probablement d'influences multiples.

7° Elles sont un résidu indélébile de syphilides ulcérées, parvenues à la cicatrisation complète, sous l'influence remarquable du traitement spécifique, chez les indigènes en particulier.

8° La dénomination de *leucomélanodermie*, que leur a donnée le professeur Fournier est donc excellente et permet de fixer définitivement l'état de la peau comme déchet et comme signature d'une lésion syphilitique.

Vu par le président de la thèse,
A. FOURNIER

Vu par le Doyen,
P. BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

CHAPITRE VIII

Bibliographie.

- J. ARNOULD. — La lèpre kabyle. Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires.
- A. BERNARD. — Gazette médicale de l'Algérie, 1875.
- L. BERTHERAND. — Médecine et Hygiène des Arabes, 1855. Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires, tome 52 (1842) (Gaudineau, Deleau, Ferrus, Laveran). La lèpre en Kabylie.
- L. BROCO. — Traitement des maladies de la peau.
- CHARCOT-BOUCHARD. — Traité de médecine, tome II (maladies de la peau).
- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique, articles divers.
- A. FOURNIER. — Traité de la syphilis. Les affections parasymphilitiques. La syphilis héréditaire tardive. Leucomélanodermie syphilitique (Bul. de la Soc. Fr. de Dermatologie, 8 juin 1893).
- E. FOLLIN et CH. LASÈGUE. — Archives générales de médecine, septembre 1862
- A. GÉMY. — Leucomélanodermie syph. (Bul. Méd. de l'Alg., 1894). Facteurs de gravité de la syphilis (Bul. Méd. Paris, 1891). La lèpre en Algérie (Annales de Dermat.,

- 1894). Traitement de la syphilis (Bul. Méd. de l'Alg., 1893). Divers.
- A. GÉMY et L. RAYNAUD. — La lèpre en Algérie et plus spécialement à Alger (Bul. Méd. de l'Algérie, 10 mars 1898).
- GAUCHER. — Leçons sur les maladies de la peau.
- L. JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes.
- KAPOSÍ. — Sur la mélanodermie, tome II, page 183. Traité des maladies de la peau (traduction Besnier et Doyon).
- L. LECLERC. — Mission médicale en Kabylie (Gazette médicale de l'Algérie, 1863-1864).
- LETOURNEUR ET HANOTEAU. — La Kabylie.
- LEGRAIN. — Leucomélanodermie syphilitique. Vitiligo ou Pinta (Annales de Derm., 1895).
- LELOIR. — Affections cutanées d'origine nerveuse (Th. de Paris).
- MAURIAC. — La syphilis.
- L. RAYNAUD. — Affections cutanées et vénériennes des Berbères de l'Aurès (Société Française de Dermatologie, 1893). Journal des maladies cutanées et syphilitiques (1893).
- REY. — Contribution à l'étude de la syphilis en Algérie (Bulletin médical de l'Algérie, 1895). Syphilide maculeuse chez les Indigènes (Ann. de Derm., 1892).
- REBATEL et TIRANT. — Lyon médical, 1874.
- VINCENT. — Exposé clinique des maladies des Kabyles (Bul. de la Soc. de Méd. d'Alger, 1862).
- ZAMBACO. — Les lépreux ambulants de Constantinople.

